

Année 2022/2023

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État par

Imane DAOUD

Née le 28 avril 1995 à La Rochelle (17)

Ayoub AOUAGHI

Né le 17 juin 1993 à La Rochelle (17)

L'élaboration des consignes alimentaires par les médecins généralistes aux patients maghrébins diabétiques de type 2 et le ressenti de ces patients à la restitution de ces messages : deux études qualitatives.

Présentée et soutenue publiquement le **21 décembre 2023** devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Clarisse DIBAO-DINA, Médecine générale, PU, Faculté de Médecine – Tours

Membres du Jury :

Docteur Christophe RUIZ, Médecine générale, MCA, Faculté de médecine – Tours

Docteur Marie LEBLEU, Médecine générale, CCA, Faculté de médecine – Tours

Docteur Régis PIQUEMAL, Diabétologue, PH, CH-Blois

Docteur Yacine LAMARCHE-VADEL, Urgentiste, PH, CH Sud Seine- et- Marne (77)

Résumé

Contexte : L'approche clinique transculturelle est un enjeu en médecine générale, particulièrement dans le cadre du diabète de type 2. Peu de données existent concernant la sous-population maghrébine. Les études sur le régime prodigué concernent souvent les difficultés d'un point de vue des médecins, le recueil de la perception de cette patientèle est quasi inexistant. C'est pourquoi notre travail s'attachera à recueillir le ressenti des médecins concernant l'élaboration de ces messages et de celui des patients concernant leur restitution.

Objectif : Comment les médecins généralistes élaborent-ils leurs messages d'éducation thérapeutique concernant l'alimentation des patients diabétiques d'origine maghrébine ?

Comment les patients diabétiques d'origine maghrébine perçoivent-ils les informations d'éducation thérapeutique venant de leur médecin traitant concernant l'alimentation ?

Méthode : Etude qualitative menée par entretiens individuels semi-dirigés chez 9 médecins généralistes de la région Centre Val de Loire ainsi que de la Charente- Maritime (17) et 9 patients diabétiques d'origine maghrébine. Traitement des données par analyse phénoménologique interprétative.

Résultats : Les médecins rapportent qu'ils ont les mêmes messages pour tous leurs patients mais le constat est qu'ils travaillent avec des représentations dont ils sont parfois critiques. Ils perçoivent le régime de leurs patients diabétiques maghrébins essentiellement composé de couscous, de pâtisseries et de thé très sucré. Le Ramadan et le retour au pays sont des sujets perçus comme très problématiques pour l'équilibre du diabète mais en fait dont ils n'osent pas parler avec leurs patients. L'élaboration de messages diététiques pour des patients diabétiques d'origine maghrébine va du péremptoire à tout changer jusqu'à une recherche-découverte de leurs habitudes alimentaires et de ce qui est possible et acceptable pour maintenir une relation de confiance. La barrière linguistique, les interprètes familiaux sont des difficultés majeures à la délivrance des messages d'éducation thérapeutique.

Les patients interviewés se sentent souvent incompris, ils ont du mal à s'approprier les consignes prescrites, trop théoriques ou qui mettent l'accent sur des plats de fêtes (gâteaux au miel, thé sucré, couscous) alors que la plupart d'entre eux ont une double culture alimentaire. Ils insistent sur la confiance portée à leur médecin mais déplore le manque de questions concernant les souffrances qu'ils pensent être en partie à l'origine de leur diabète, que certains appellent le « diabète de choc ». Les retours au pays sont des moments où « Tout va bien ».

Discussion : Médecins généralistes et patients d'origine maghrébine ont globalement du mal à se rejoindre sur les messages de diététique diabétique. Pas assez d'informations échangées sur ce que mangent en vrai les patients et une utilisation trop importante des représentations d'attribution culturelle. L'origine maghrébine du médecin ne modifie pas ces difficultés. L'approche transculturelle fonctionne lorsque le médecin interroge ses patients sur leur mode de vie réel et en découvrant ce qu'ils gardent, ce qu'ils laissent, ce qu'ils reprennent des cultures d'origine et du pays d'accueil, dans un processus dynamique.

Mots clés : diabète de type 2 ; médecins généralistes ; patientèle maghrébine ; Maghreb ; régime diététique ; éducation thérapeutique ; médecine transculturelle

The development of dietary guidelines by general practitioners for North-African patients with type 2 diabetes and the patient's perceptions upon receiving these messages: Two qualitative studies

Abstract

Background: The transcultural clinical approach is a significant aspect in general medicine, especially in the context of type 2 diabetes. Few data exist regarding the North-African subpopulation. Studies on their diet often focus on the brakes from the physician's point of view. The perception of this patient population is almost non-existent. Therefore, our study aims on gathering the general practitioner's perceptions of how they craft these messages, and the patient's perceptions of receiving those messages.

Objective: How do general practitioners develop therapeutic education messages regarding nutrition for their north-African diabetic patients? How do diabetic patients of north-African origin, perceive the therapeutic education messages from their general practitioners regarding their diet?

Method: Qualitative study conducted by individual semi-directed interviews of nine general practitioners from the Centre-Val-De-Loire region and Charente-Maritime. And the interviews of nine diabetic patients of North-African origin. Data processed through interpretative phenomenological analysis.

Results: The general practitioners report that they use the same messages for all their patients, but we observe that they work with stereotypical representations of which they are sometimes critical. They perceive the diets of North-African diabetic patients to consist of couscous, north African pastries with honey, and heavily sweetened tea. Ramadan and the return to the home country are viewed as an issue for diabetes management. Though, physicians do not dare to discuss about those issues with patients. The development of dietary messages for diabetic patients of North African origin approach from the peremptory to change everything, to an exploration of their dietary habits and considering what is possible and acceptable to maintain a trusting relationship. The language barrier and family interpreters pose major challenges in delivering therapeutic education messages.

Interviewed patients often feel misunderstood, struggling to grasp the dietary guidelines that are too theoretical or focused on festive dishes (honey cakes, sweet tea, couscous), even though most of them have a dual culinary culture. While they emphasize their trust in their general practitioner, they deplore the lack of inquiries about the suffering they believe contributes partly to their diabetes, which some refer as "shock diabetes". Return to their home country is a time when "everything is fine".

Discussion: General practitioners and diabetic patient originate from north-Africa face challenges in aligning on diabetic dietary messages. There is not enough information exchanged on what patients truly eat, coupled with too much cultural attribution representations. The doctor's North African origin does not alter these difficulties. The transcultural approach works when doctors ask their patients about their true lifestyles, and discover what they keep, what they leave behind, what they take back from the cultures of origin and from the host country, in a dynamic process.

Key words: type 2 diabetes; general practitioners; North African patients; Maghreb; diet; therapeutic education; transcultural medicine

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Pr Henri MARRET

ASSESSEURS

Pr Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*

Pr Mathias BUCHLER, *Relations internationales*

Pr Theodora BEJAN-ANGOULVANT, *Moyens – relations avec l'Université*

Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*

Pr François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*

Pr Patrick VOURC'H, *Recherche*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

Mme Carole ACCOLAS

DOYENS HONORAIRES

Pr Emile ARON (†) – 1962–1966

Directeur de l'Ecole de Médecine – 1947–1962

Pr Georges DESBUQUOIS (†) – 1966–1972

Pr André GOUAZE (†) – 1972–1994

Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994–2004

Pr Dominique PERROTIN – 2004–2014

PROFESSEURS EMERITES

Pr Daniel ALISON

Pr Gilles BODY

Pr Philippe COLOMBAT

Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL

Pr Luc FAVARD

Pr Bernard FOUQUET

Pr Yves GRUEL

Pr Gérard LORETTE

Pr Loïc VAILLANT

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – A. AUDURIER – A. AUTRET – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU – C. BERGER – J.C. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – J. CHANDENIER – A. CHANTEPIE – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – P. DUMONT – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – D. GOGA – A. GOUDEAU – J.L. GUILMOT – O. HAILLOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LEFLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – AM. LEHR-DRYLEWICZ – E. LEMARIE – G. LEROY – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINÉ – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – D. PERROTIN – L. POURCELOT – R. QUENTIN – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – P. ROSSET – D. ROYERE – A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
APETOH Lionel	Immunologie
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique.....	Cardiologie
BACLE Guillaume.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BAKHOS David	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; addictologie
BARBIER François.....	Médecine intensive et réanimation
BARILLOT Isabelle.....	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe.....	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora	Pharmacologie clinique
BERHOUET Julien	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne.....	Cardiologie
BERNARD Louis.....	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCOHélène	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique.....	Physiologie
BOURGUIGNON Thierry.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRILHAULT Jean.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent.....	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck	Urologie
BUCHLER Matthias	Néphrologie
CAILLE Agnès	Biostat., informatique médical et technologies de communication
CALAIS Gilles.....	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
CORCIA Philippe	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe.....	Radiologie et imagerie médicale
DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
DESMIDT Thomas	Psychiatrie
DESOUBEUX Guillaume.....	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DI GUISTO Caroline.....	Gynécologie obstétrique
DIOT Patrice.....	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EHRMANN Stephan	Médecine intensive – réanimation
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
ELKRIEF Laure.....	Hépatologie – gastroentérologie
ESPITALIER Fabien	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
FAUCHIER Laurent	Cardiologie
FOUGERE Bertrand	Gériatrie
FRANCOIS Patrick	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & cytologie pathologiques
GATAULT Philippe.....	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe.....	Rhumatologie
GUERIF Fabrice	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLON Antoine.....	Médecine intensive – réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GUYETANTSerge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel	Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique
HANKARD Régis.....	Pédiatrie
HERAULT Olivier.....	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis.....	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe.....	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice	Physiologie
LABARTHE François	Pédiatrie
LAFFONMarc.....	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-virologie
LAURE Boris	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry.....	Gastroentérologie, hépatologie

LEGRAS Antoine.....	Chirurgie thoracique
LESCANNE Emmanuel.....	Oto-rhino-laryngologie
LEVESQUE Éric	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LINASSIER Claude.....	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François.....	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain.....	Pneumologie
MARRET Henri.....	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel.....	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent.....	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine.....	Pédiatrie
MOREL Baptiste.....	Radiologie pédiatrique
MORINIERE Sylvain	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa.....	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis.....	Rhumatologie
ODENT Thierry	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi.....	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna.....	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric.....	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Franck.....	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean.....	Ophtalmologie
PLANTIER Laurent	Physiologie
REMERAND Francis	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe.....	Biologie cellulaire
RUSCH Emmanuel.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline.....	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem.....	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab.....	Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria.....	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET-BIGOT Bénédicte	Thérapeutique
THOMAS-CASTELNAU Pierre.....	Pédiatrie
TOUTAIN Annick.....	Génétique
VELUT Stéphane	Anatomie
VOURC'H Patrick	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé.....	Immunologie
ZEMMOURA Ilyess.....	Neurochirurgie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien..... Soins palliatifs

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AUDEMARD-VERGERAlexandra	Médecine interne
BISSON Arnaud.....	Cardiologie (CHRO)
BRUNAUT Paul.....	Psychiatrie d'adultes, addictologie
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo	Rhumatologie (au 01/10/2021)
CLEMENTY Nicolas.....	Cardiologie
DOMELIER Anne-Sophie.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOURDiane.....	Biophysique et médecine nucléaire
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie.....	Anatomie et cytologie pathologiques
GARGOTThomas.....	Pédopsychiatrie
GOUILLEUXValérie	Immunologie
HOARAU Cyrille.....	Immunologie
KERVARRECThibault.....	Anatomie et cytologie pathologiques
LE GUELLEC Chantal.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEDUCQ Sophie	Dermatologie
LEFORT Bruno	Pédiatrie
LEJEUNE Julien	Hématologie, transfusion
LEMAIGNENAdrien	Maladies infectieuses
MACHET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
MOUMNEHThomas	Médecine d'urgence
PARE Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PIVER Éric.....	Biochimie et biologie moléculaire
ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie.....	Anatomie et cytologie pathologiques
STEFIC Karl	Bactériologie
TERNANT David	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VAYNECaroline.....	Hématologie, transfusion
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure.....	Génétique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZNadia.....	Neurosciences
NICOGLU Antonine	Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENTRomuald.....	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

AUMARECHAL Alain	Médecine Générale
BARBEAU Ludivine.....	Médecine Générale
CHAMANT Christelle	Médecine Générale
ETTORI Isabelle.....	Médecine Générale
MOLINA Valérie.....	Médecine Générale
PAUTRATMaxime.....	Médecine Générale
PHILIPPE Laurence.....	Médecine Générale
RUIZChristophe	Médecine Générale
SAMKO Boris.....	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE

BECKER Jérôme	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUAKAZ Ayache.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUTIN Hervé.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BRIARD Benoit.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
CHALON Sylvie.....	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
DEROCQUIGNY Hugues.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
ESCOFFRE Jean-Michel	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GILOT Philippe.....	Chargé de Recherche Inrae – UMR Inrae 1282
GOMOT Marie	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – EA 7501 - ERL CNRS 7001
GUEGUINOUMaxime.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
HEUZE-VOURCHNathalie.....	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
KORKMAZ Brice	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
LATINUS Marianne	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LAUMONNIERFrédéric.....	Directeur de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
LE MERRER Julie.....	Directrice de Recherche CNRS – UMR Inserm 1253
MAMMANOFabrizio.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
MEUNIER Jean-Christophe	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
PAGET Christophe.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
RAOUL William	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
SECHER Thomas	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SI TAHAR Mustapha.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SUREAU Camille.....	Directrice de Recherche émérite CNRS – UMR Inserm 1259
TANTI Arnaud	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
WARDAK Claire.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'éthique médicale

BIRMELE Béatrice..... Praticien Hospitalier

Pour la médecine manuelle et l'ostéopathie médicale

LAMANDE Marc..... Praticien Hospitalier

Pour l'orthophonie

BATAILLE Magalie	Orthophoniste
CLOUTOUR Nathalie	Orthophoniste
CORBINEAU Mathilde.....	Orthophoniste
EL AKIKI Carole.....	Orthophoniste
HARIVEL OUALLI Ingrid	Orthophoniste
IMBERT Mélanie.....	Orthophoniste
SIZARET Eva	Orthophoniste

Pour l'orthoptie

BOULNOIS Sandrine Orthoptiste |

SERMENT D'HIPPOCRATE

*En présence des enseignants et enseignantes de
cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la
probité dans l'exercice de la Médecine.*

*Je donnerai mes soins gratuits aux indigents,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*

*Admis(e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne
verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à
corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.*

*Respectueux(euse) et reconnaissant(e) envers mes Maîtres, je
rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs parents.*

*Que les hommes et les femmes m'accordent leur estime si je
suis fidèle à mes promesses.*

*Que je sois couvert(e) d'opprobre
et méprisé(e) de mes confrères et consœurs si j'y
manque.*

Remerciements communs

A notre directeur de thèse, Yacine, merci infiniment d'avoir accepté de diriger notre travail. Ton aide nous aura été précieuse tout au long de cette thèse. Te demander de diriger cette recherche a été une évidence pour nous. Nous sommes admiratifs de ta passion pour la médecine et pour l'écriture.

A notre présidente de jury : Docteur Clarisse Dibao-Dina. Nous avons fait votre connaissance au cours d'un GEAP. Votre passion pour le partage et l'enseignement ne nous a pas échappé. Merci de nous faire l'honneur de présider notre jury.

A Docteur Christophe Ruiz, merci de faire partie de notre jury. Votre intérêt concernant la transculturalité ne nous a pas laissé indifférent. Vous avoir à nos côtés, en ce jour important, est un grand honneur.

A Docteur Mary Lebleu, merci d'avoir répondu favorablement à notre invitation. C'est un honneur de vous avoir dans notre jury.

A Docteur Régis Piquemal, merci d'avoir accepté d'être jury de ce travail. Votre expérience dans la prise en charge de la pathologie chronique qu'est le diabète a grandement motivé cette invitation.

Remerciements Imane

A maman et papa, yemma ino, vava ino : je vous aime, merci pour tout. C'est grâce à vous que j'ai accompli mes rêves et si j'en suis arrivée là aujourd'hui. Merci pour votre dévouement vis-à-vis de nous, merci pour les valeurs que vous nous avez transmis.

A ma grande fratrie Rédouane, Mohamed, Nassim, Rania, Sanae : Grandir à vos côtés a été un privilège. Le sens du partage me vient de vous. Merci pour votre amour inconditionnel, merci d'avoir cru en moi. Je vous aime.

A Rayan, tseyno, mon bébé d'amour, qui est venu nous rejoindre au cours de ce travail. Tu es venu embellir ma vie. Avec toi, le mot amour n'a jamais eu autant de sens. Avec toi, j'apprends à être maman et c'est le plus beau rôle de ma vie. C'est grâce à toi si nous avons pu mener à bien ce travail. Je t'aime.

A Ayoub, mon mari, mon amour, faire ce travail à deux, avec toi, a été une évidence. Merci pour tes encouragements et pour ton soutien indéfectible. C'est toi qui m'as donné la force de terminer mon internat, quelques mois à peine après la venue au monde de notre fils.

A mes grands-parents, vous n'avez pas eu la vie facile, votre force et votre courage m'inspirent. Vous êtes les garants de notre culture. Je vous dédie ce travail.

A tata Badou, son mari et ses enfants, merci infiniment.

A ma belle-famille, merci pour votre accueil et pour votre soutien.

A Monsieur Rivas (que je n'ai jamais réussi à appeler Albert), Senseï, mon professeur de Karaté. Merci de m'avoir transmis votre passion pour les sports de combats. J'ai intégré votre dojo alors que je n'avais que 8 ans, pour y passer 10 ans de ma vie. Merci pour vos encouragements. Vous avez cru en moi tout comme vous avez cru en vos élèves. Merci pour la discipline, le respect de soi, le respect des autres et toutes les valeurs humaines transmises au travers de ce noble art martial. Vous étiez fier de la jeune femme que j'étais devenue, du jeune docteur que je devenais, vous me l'aviez dit peu de temps avant de nous quitter...Je vous dédie ce travail.

A Salwa, Rawda, Hassana, mes « hbibettes » merci d'avoir été à mes côtés au cours des moments les plus importants de ma vie. Loin des yeux mais près du cœur.

A Héloïse et Cindy, alias mes « copines de galère ». Nous nous sommes rencontrées au lycée pour ne plus se quitter durant ces longues années de médecine passées à Poitiers. Merci d'avoir été à mes côtés.

A mes co-internes, je ne vous oublierai pas. Merci pour ces années d'internat.

Au docteur Ruiz, merci d'avoir été mon tuteur au cours de mes années passées à la faculté de médecine de Tours. Merci pour vos précieux conseils.

A mes maîtres de stage, merci d'avoir partagé avec moi votre expérience de la médecine. Merci de votre gentillesse.

A mes professeurs de médecine, merci pour vos enseignements, vous avez grandement contribué à ma passion pour l'art de soigner.

A mes professeurs de collège et de lycée, qui ont cru en moi alors que je n'étais qu'une adolescente pleine de rêves.

A Sandrine et Martine, mes enseignantes de CP et de CE2. Vous avez toujours cru en mes capacités. Merci d'avoir mis des paillettes dans mes yeux d'enfants. C'est à vous que je dois mes merveilleux souvenirs du primaire. C'est un plaisir de garder contact avec vous.

A tous, je vous dédie cette thèse.

Remerciements Ayoub :

A mes maîtres de stage, merci de m'avoir transmis votre savoir, votre expérience de la médecine. Merci de votre gentillesse.

A mes professeurs de médecine, merci pour vos enseignements, vous avez grandement contribué à ma passion pour l'art de soigner.

A Naouale, Manale, Lahbib, Soliman, Kamal, Mohamed et à vos enfants, merci d'avoir été là pour moi, de m'avoir soutenu et de m'avoir aidé à garder le sourire peu importe les difficultés. Merci pour votre présence et votre amour, je vous aime.

A Vava, mon père, merci pour avoir été le meilleur père que j'aurais jamais pu avoir. Merci pour tout ce que tu m'as apporté depuis mon enfance. Merci pour tous tes efforts. Tu nous as construit un beau foyer, tu es le pilier qui m'as toujours soutenu. Tes choix sont ce qui m'ont permis d'être là aujourd'hui. Merci Vava, je n'oublierai jamais d'où je viens, merci pour m'avoir donné ton nom. Pouvoir te rendre fière est la plus belle chose à mes yeux.

A Yemma... Mama, tu as toujours été mon monde. Je ne pourrai jamais assez te remercier. La douceur de tes mains, ton amour, ta présence m'ont bercé depuis mon enfance. Yemma, je n'ai même pas les mots pour pouvoir te remercier. Tu es ma famille, tu es notre famille, tu es notre pilier, tu es notre tout. J'espère pouvoir un jour te rendre le dixième de tout ce que tu m'as donné.

Yemma, Vava je suis fière de vous, merci pour tous vos sacrifices, merci de nous avoir placé avant toute choses.

A Imane, ma femme, mon amour. Tu es celle qui m'a donné le courage de me lancer dans ce périple. Ta présence, ton soutien, ton amour sans faille sont ce qui m'a permis de tenir face à ces épreuves. Ta gentillesse, ta grandeur d'âme, ton courage et ta force sont ce qui m'ont fait t'admirer. Je n'aurais jamais pu réussir sans toi, merci mon amour. Je suis fière de toi, je t'aime.

A Rayan, mon trésor, mon fils. Ta venue dans ce monde est a été le plus beau jour de ma vie. Tu es mon ancre dans cette vie. Tu es et tu seras toujours ma priorité, j'espère pouvoir un jour voir la fierté dans tes yeux. Puisses-tu être un jour, être un homme droit, sur un chemin droit.

A tous, je vous dédie cette thèse.

Abréviations et glossaire

ADO : Antidiabétiques oraux

ALD : Affection longue durée

APA : Activité physique adaptée

ARS : agence régionale de santé

ASALEE : Action de SAnté Libérale En Equipe

DT2 : Diabète de type 2

DT1 : Diabète de type 1

D.U : Diplôme universitaire

ETP : Education thérapeutique

HAS : Haute autorité de santé

IDE : infirmier diplômé d'Etat

IDEL : infirmier diplômé d'Etat libéral

IDF : International diabetes federation

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

Invs : Institut national de veille sanitaire

MSA mutualité sociale agricole

OMS : Organisation mondiale de la santé

PNNS : Plan national nutrition santé

RHD : Règle hygiéno-diététique

SFD : Société francophone du diabète

Aïd : L'Aïd El Fitr célèbre la rupture du jeûne et la fin du mois du Ramadan. L'Aïd El Kebir est une fête musulmane qui a lieu 2 mois environs après la fin du Ramadan.

Bricks, boureks : plat à base de pâtes feuilletées avec une garniture à l'intérieur, souvent confectionné sous forme de triangle.

Chebakia : pâtisserie à base de miel, de farine, et de graines de sésames

Hadîth : parole rapportée par le prophète Muhammad.

Iftar : repas de rupture de jeûne pris le soir au coucher du soleil

Mektoub : le destin

Ramadan : Correspond au neuvième mois du calendrier lunaire au cours duquel les musulmans s'abstiennent de manger et de boire du lever du soleil au coucher du soleil. Cette période de jeûne recule d'une dizaine de jours chaque année.

Suhur : repas pris avant le lever du soleil lors du jeûne

Table des matières

INTRODUCTION :	21
1. Problématique	21
1.1. Le diabète de type 2	21
1.1.1. Définition	21
1.1.2. Epidémiologie en France	21
1.1.3. Epidémiologie chez les maghrébins de France	21
1.1.4. ...et au Maghreb	22
1.2. La multiculturalité en France	22
1.2.1. Paysage démographique de l'immigration en France	22
1.2.2. Le rapport à l'alimentation en France	23
1.2.3. La notion de plat emblématique d'une culture	23
1.2.4. Plats emblématiques de la population maghrébine	24
1.3. Mesures diététiques qui découlent du diabète et en général	24
1.3.1. Les consignes alimentaires en général pour garder une bonne santé	24
1.3.2. Les recommandations spécifiques au diabète	25
2. Problématisation	25
2.1. La justification de la question de recherche	25
2.2. L'objectif de recherche	26
Matériaux et méthodes	28
1. Le type d'étude	28
2. Population	28
2.1. Le type de population	28
2.2. Taille de l'échantillon	28
2.3. Procédure de recrutement	29
2.3.1. Les médecins	29
2.3.2. Les patients	29
3. Recueil des données	29
4. Analyse des données	30
5. Aspects éthiques et réglementaires	30

Résultats : Le ressenti des médecins	32
1. Caractéristiques des médecins interrogés.....	32
2. Les sciences médicales mises en avant.....	32
2.1. Conseils thérapeutiques théoriques	32
2.2. Conseils nutritionnels théoriques « globalisation »	33
2.3. Conseils alimentaires dépendants de l'activité physique	34
2.3.1. Le sport en général.....	34
2.3.2. Activité physique adaptée / médicale	35
2.4. Posture paternaliste du médecin	35
3. Représentations socio-culturelles	36
3.1. Représentations culturelles	36
3.1.1. Pratiques alimentaires	36
3.1.1.1. Le couscous / Le pain / la semoule	36
3.1.1.2. Boissons sucrées	37
3.1.1.3. Pâtisseries et desserts sucrés	37
3.1.1.4. L'huile d'olive.....	38
3.1.2. Pratiques culturelles	38
3.1.2.1. Repas collectifs	38
3.1.2.2. Ramadan.....	39
3.1.2.3. Le sport	40
3.1.2.4. L'Aid	40
3.2. Représentations sociales	40
3.2.1. Le Mektoub.....	41
3.2.2. Bas niveau socio-économique	41
3.2.2.1. Population peu éduquée.....	41
3.2.2.2. Patients allophones	41
3.2.2.3. Bas niveau économique	42
3.2.3. Société patriarcale	42
3.2.3.1. Femmes inactives	42
3.2.3.2. Femmes qui cuisinent	43
3.3. Expérience personnelle du médecin	43
3.3.1. Patientèle maghrébine active.....	43
3.3.2. Respect du médecin	43
3.3.3. Patients à la recherche d'un comprimé magique	44

4. Renoncement.....	44
4.1. Sentiment d'une maladie taboue	44
4.2. Abandon	45
4.2.1. Non observance (diététique/thérapeutique)	45
4.2.2. Responsabilité du patient (« il fait ce qu'il veut »)	46
4.2.3. Manque de temps	47
4.2.4. Déléguer plus facilement	47
4.2.4.1. Diabétologues / nutritionnistes.....	47
4.2.4.2. Diététicienne	48
4.2.4.3. Infirmiers ASALEE.....	48
4.2.4.4. Infirmiers libéraux	48
4.2.4.5. Assistants médicaux.....	49
4.3. Une attitude évasive sur certains sujets	49
4.3.1. Ramadan.....	49
4.3.2. Vacances aux pays	50
4.4. Fatalité	50
4.4.1. Maladie féminine et qui s'installe lors des grossesses	50
4.4.2. Une prise de poids inéluctable	51
4.4.3. Ne pas se sentir légitime	51
4.4.4. Une addiction	52
5. Fonction apostolique du médecin.....	52
5.1. Savoir profane concernant la santé.....	53
5.2. Médecin influencé par sa propre histoire de vie	54
5.2.1. Je suis influencé par mon expérience médicale.....	54
5.2.2. Influencé par mon histoire de vie	55
5.3. Devoir déontologique	57
5.3.1. Non discrimination	57
5.3.2. Primum non nocere (littéralement « en premier, ne pas nuire »).....	57
5.3.3. J'établis une alliance thérapeutique (Colloque singulier).....	59
5.4. Des pratiques religieuses / culturelles comme partenaires de santé	62
5.4.1. Ramadan / jeûne intermittent.....	62
5.4.2. Certaines pratiques alimentaires	63
6. Carte mentale : Le ressenti des médecins.....	65

Résultats : Le ressenti des patients.....	67
1. Caractéristiques des patients interrogés.....	67
2. INCOMPREHENSION / DENI.....	67
2.1. Se sentir incompris.....	67
2.1.1. Sentiments de critères de suivis factuels	68
2.1.1.1. Poids.....	68
2.1.1.2. Prise de Sang.....	68
2.1.2. Manque d'explications	69
2.2. Recherche d'explications	70
2.2.1. Croyances profanes	70
2.2.1.1. Avoir le bon ou le mauvais diabète	70
2.2.1.2. La maladie existe avec les médicaments	71
2.2.2. Médias maghrébins/Internet	72
2.2.3. Autres intervenants.....	73
2.2.3.1. Diététiciens.....	73
2.2.3.2. Structures éducatives	73
2.2.4. Communauté ethnique ou religieuse	74
2.2.4.1. Imam, mosquée.....	74
2.2.4.2. Amis, famille.....	74
2.3. Fatalité	75
2.3.1. Secondaire aux événements de vie difficiles : Un « Diabète de choc » ..	75
2.3.1.1. Stress.....	75
2.3.1.2. Traumatismes	76
2.3.1.3. Covid et confinement.....	77
2.3.2. Maladie familiale	77
2.4. Sentiment de devoir être un bon élève, le respect de celui qui sait.	78
2.4.1. Régime bien conduit mais les résultats ne le montrent pas	79
2.5. Non acceptation de la maladie	79
3. Régime Alimentaire trop théorique, pas assez spécifique	80
3.1. Double Culture alimentaire.....	80
3.1.1. J'ai une alimentation salée maghrébine.....	80
3.1.2. Je préfère les desserts français	81
3.1.3. J'épouse l'alimentation de mon conjoint	82
3.2. Consignes renvoyant à l'origine ethnique.....	82

3.2.1.	Plats emblématiques	82
3.2.1.1.	Le couscous est un repas de fête	84
3.2.2.	Boissons emblématiques	85
3.3.	Manque de repères	85
3.3.1.	Pain = cuillère du maghrébin	85
3.3.2.	Sentiment de manque d'accompagnement.....	86
3.3.2.1.	Les règles diététiques sont difficiles à adapter au quotidien	87
4.	Sujet tabou.....	87
4.1.	Posture évasive : ni le médecin, ni moi ne voulons aborder certains sujets..	87
4.1.1.	Attendre que le médecin aborde certains sujets	88
4.1.1.1.	Ramadan.....	88
4.1.1.2.	Je me sens bien pendant le Ramadan	90
4.2.	Peur d'une exclusion de la communauté.....	91
4.2.1.	Appartenance sociale mise en jeu	91
4.2.2.	Une dynamique familiale perturbée avec le diabète.....	92
4.3.	Transgressions alimentaires	93
4.3.1.	C'est dure de limiter les fruits.....	94
5.	Meilleure santé au pays	94
5.1.	Je me sens mieux au pays car mon régime alimentaire est différent.....	94
5.2.	Plus d'activité physique	95
6.	Carte mentale : Le ressenti des patients	96
DISCUSSION		98
1.	Discussion de la méthode	98
1.1.	Originalité du sujet	98
1.2.	Les forces de l'étude	98
1.2.1.	Triangulation des données	98
1.2.2.	Triangulation du codage	98
1.2.3.	Journal de bord.....	98
1.2.4.	Validité externe.....	98
1.2.5.	Echantillon diversifié	99
1.2.6.	Concept de suffisance	99
1.3.	Les limites de l'étude.....	99
1.3.1.	Novices en étude qualitative	99

1.3.2.	Biais de désidérabilité dans le contrôle des réponses des interviewés	100
1.3.3.	Discours normé, auto-censure et sujets tabous	100
1.3.4.	Retranscription des fautes de formulations, des chuchotements	100
1.3.5.	L'illusion de transparence	101
1.3.6.	Variabilité de l'échantillonnage : Refus des personnes sollicitées	101
2.	Discussion concernant les résultats.....	102
2.1.	Discussion des résultats médecins	102
2.2.	Discussion des résultats patients	111
CONCLUSION :		115
Références bibliographiques :		117
ANNEXES		125
Annexe 1: Formulaire d'information et de consentement médecins		125
Annexe 2: Formulaire d'information et de consentement patients		127
Annexe 3 : Guide d'entretien médecins et patients.....		129
Annexe 4 : Extrait du journal de bord.....		131

INTRODUCTION

INTRODUCTION:

1. Problématique

1.1. Le diabète de type 2

1.1.1. Définition

D'après L'OMS le diabète de type 2 (DT2) est défini par une glycémie (sur plasma veineux) contrôlée à 2 reprises $> 1.26 \text{ g/l}$ (7.0 mmol/l) après un jeûne de 8h. Le DT2 se définit aussi par la présence d'une glycémie supérieure ou égale à 2 g/l (11.1 mmol/l) associée à un symptôme (polyurie, polydipsie, amaigrissement).(1)

1.1.2. Epidémiologie en France

En France, en 2019, près de 4 millions de personnes sont identifiées comme diabétiques par l'assurance maladie, dans 90 % des cas il s'agit d'un diabète de type 2. (2) Ce chiffre est largement sous-estimé puisque 20 à 30 % de la population ne serait pas diagnostiquée. Le diabète est un enjeu de santé publique puisqu'au 31 Décembre 2020 il s'agit de l'ALD la plus fréquente avec un taux de prévalence de 56.9 ‰.(3) Son origine est multifactorielle, et est la conséquence entre autres du mode de vie, de l'alimentation, de l'activité physique et de facteurs génétiques.

1.1.3. Epidémiologie chez les maghrébins de France

D'après le dictionnaire Larousse, le Maghreb représente « L'ensemble des pays du nord-ouest de l'Afrique (Maroc, Algérie, Tunisie), compris entre la mer Méditerranée et le Sahara. » Selon l'Enquête décennale santé, portant sur un échantillon de plus de 35000 personnes résidentes en France métropolitaine, la prévalence du diabète traitée de manière médicamenteuse ou non chez les plus de 45 ans était estimée à 14% chez les personnes d'origines maghrébines contre 7.5% chez celles originaires de France. Les femmes maghrébines auraient 2.5 fois plus de risques que les femmes françaises de développer un diabète, à niveau socio-économique et niveau d'obésité équivalents(4). Très peu de sources étayaient cette différence entre femmes d'origine française et celles d'origine maghrébine, mais elle serait entre autre d'origine génétique(5).

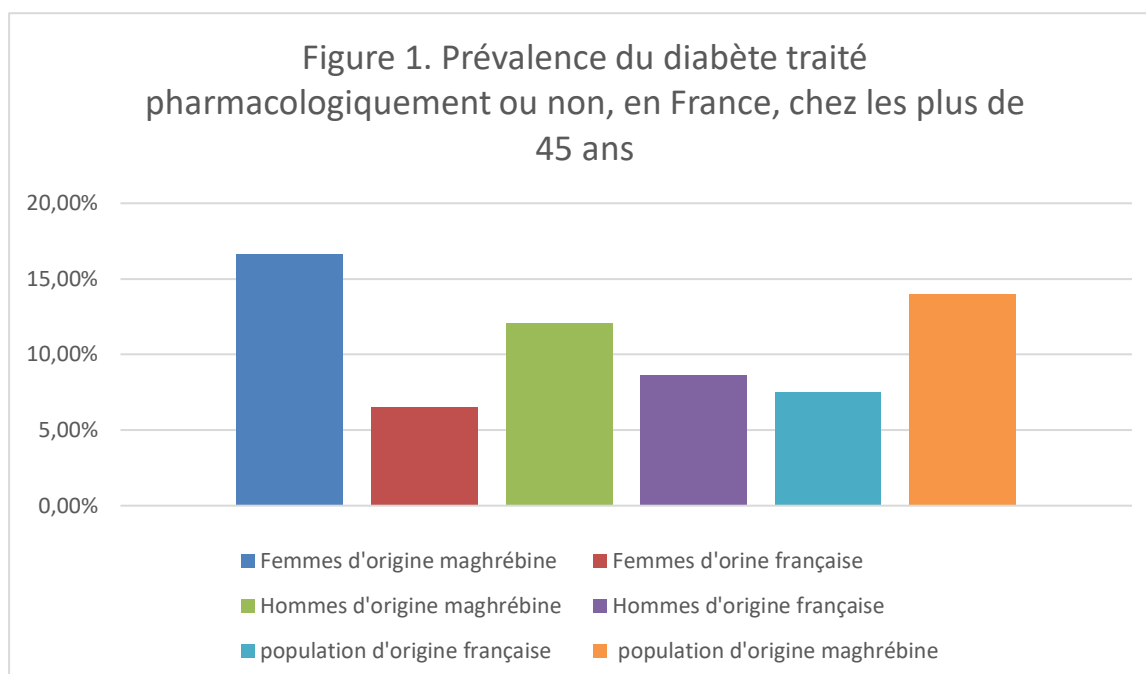


Figure 1 : Prévalence du diabète traité pharmacologiquement ou non, en France chez les plus de 45 ans

1.1.4. ...et au Maghreb

Dans le Maghreb le diabète représente un enjeu de santé publique. Au cours des dernières décennies la prévalence du diabète est en perpétuelle augmentation, passant de 6% dans les années 80 à 14% en 2014(6). Selon l'International diabetes federation (IDF), au Maroc et en Algérie le diabète atteint en 2018 respectivement 10.6% et 14.4% pour la population âgée de 18 à 79 ans. En Tunisie il toucherait 9.8% des 20 à 79 ans.(7)

1.2. La multiculturalité en France

1.2.1. Paysage démographique de l'immigration en France

La France est multiculturelle. D'après l'INSEE, en 2022, 7 millions d'immigrés vivent en France soit 10.3% de la population. Les pays d'origines les plus fréquents en 2021 sont par ordre décroissant, le Maroc, l'Algérie, la Tunisie suivis de l'Espagne et de l'Italie.(8) L'immigration Nord-Africaine vers la France, fait partie de l'histoire de France. Plusieurs vagues migratoires ont eu lieu au cours de l'histoire. Dans les années 50 elle a connu une accélération dans le contexte des 30 glorieuses, et de décolonisations. Initialement l'immigration se faisait souvent de manière temporaire puis dans les années 70, c'est une population qui s'installe durablement en France.(9)

D'après l'INSEE « un descendant d'immigrés de 2^{ème} génération est une personne née en France et ayant au moins un parent immigré. ».(10) Les enfants qui sont immigrés sont donc considérés comme étant de première génération. Par convention choisie par l'INSEE, c'est l'origine du père qui fait référence si les 2 parents n'ont pas la même origine(10)(11). Toutefois cette convention diffère selon les pays. Par exemple, l'Allemagne décide de ne pas se prononcer si les 2 pays d'origines diffèrent(11).

1.2.2. Le rapport à l'alimentation en France

Comme le dit Thibaut de Saint Pol(12) « Manger, cet acte qui pourrait sembler anodin et banal, constitue pourtant une pratique culturelle dont la compréhension est une porte d'entrée idéale pour saisir l'organisation d'une société. ». Les pratiques alimentaires diffèrent d'un pays à l'autre et leurs origines prennent ancrage dans différentes cultures. En France, le schéma classique est la prise de 3 repas par jour pris massivement aux mêmes plages horaires.(13) Les plus jeunes auraient tendance à moins respecter cette structure de prise des repas et à être plus sujet aux grignotages (41% des 18-25 ans contre 8% des plus de 60 ans). Le rythme de vie, l'emploi occupé et le temps disponible influencent le maintien de ce schéma.(12) En 50 ans, la composition des courses des ménages s'est modifiée. Dans les paniers des Français, la place des produits transformés progresse au détriment des produits frais. Selon l'INSEE, les ménages peu aisés consacrent une plus grande part de leur budget à l'alimentation à domicile.(14) La culture alimentaire méditerranéenne (poissons, huile d'olive) est très en vogue en France du fait entre autre de son lien avec l'influence positive sur la santé cardiovasculaire(15) et des messages de santé publique diffusés à ce propos. L'alimentation répond donc entre autres à une problématique de santé. Le particularisme alimentaire répond à des impératifs individuels qui peuvent être par exemple religieux ou de préoccupation sociétale environnementale (véganisme etc...).(16) L'alimentation type les ménages dépend donc de plusieurs facteurs et est différente selon l'histoire de chaque individu.

1.2.3. La notion de plat emblématique d'une culture

Lorsque nous évoquons le plat emblématique d'une culture sans savoir pourquoi nous allons spontanément associer un plat à une région du monde. Dans nos échanges sociaux le couscous est associé au Maroc, à l'Algérie mais aussi à la

Tunisie. Quand nous parlons « d'aller dans un restau' Italien » on va immédiatement penser à la pizza ou aux spaghettis. De même lorsque nous parlons « d'aller au restau' Indien ou Pakistanais » on pense aux curry, dâal de lentilles, « d'aller dans un restau' Japonais » pour les sushis etc...L'industrie agro-alimentaire se sert largement de ces étiquettes dans ses différents slogans publicitaires. On parle en sociologie de « mondialisation de l'alimentation »(15) qui est une théorie selon laquelle des modèles alimentaires du monde entier sont diffusés, entre autre par l'ouverture de restaurants aux saveurs d'ailleurs.

1.2.4. Plats emblématiques de la population maghrébine

Taste Atlas, par le biais d'une enquête de grande ampleur réalisée sur le web, a permis d'établir un classement des 10 plats maghrébins les plus populaires dans le monde(17). Ce classement, réalisé en 2022, cite par ordre décroissant de popularité : Tajine aux pruneaux > Couscous > Tajine de poulet marocain > Bricks Tunisiennes > Pastilla marocaine > Tchoukchouka tunisienne aux œufs (« Tchamila » au Maroc, correspond typiquement à un plat à base de tomates et d'œufs) > Harira (soupe épicée) > Msemments (sorte de crêpes à base de semoule) > Salade Méchouïa aux poivrons grillés > Loubia (Ragoût de haricots blancs).

1.3. Mesures diététiques qui découlent du diabète et en général

1.3.1. Les consignes alimentaires en général pour garder une bonne santé

Ce que l'on appelle une alimentation saine et équilibrée est fortement documentée et elle fait l'objet de nombreuses recommandations scientifiques. C'est ce que l'on enseigne aux futures médecins et aux professionnels de la diététiques (diététiciens, infirmiers ASALEE...). Le Programme national nutrition santé (PNNS) 2019-2023(18) défini par le Haut conseil de santé publique, illustre l'enjeux gouvernemental du « mieux manger ». Ce programme, basé sur la littérature scientifique, établit des règles d'hygiène et de diététiques pour contrer les problèmes de santé qui découlent de l'alimentation en France. Parmi ces règles de bonnes conduites alimentaires on retrouve entre autres :

- Consommer moins de 10g de sel par jour
- Consommer 5 fruits et légumes par jour

- Manger des légumes secs au moins 2 fois par semaine
- Une poignée par jour de fruits à coques
- Etc.

Le site Manger Bouger(19) du gouvernement français, basé sur le PNNS, propose des exemples de recettes occidentales. On retrouve par exemple le pain perdu, le riz sauté aux cœurs d’artichaut ou encore le riz au lait. La pyramide alimentaire constitue une forme de vulgarisation des règles diététiques et avec ses dessins, elle reste accessible à tous(20). Cette pyramide est largement diffusée dans les établissements scolaires. Une nouvelle version existe et tient compte du développement durable(20).

1.3.2. Les recommandations spécifiques au diabète(21)

L’insulino-résistance est à l’origine du diabète de type 2 et elle découle d’une dysrégulation des rapports entre les métabolismes lipidiques et glucidiques et des échanges entre le tissu musculaire et adipeux. L’alimentation du patient diabétique vise donc à être normale en glucides et contrôlée en lipides. Au niveau des consignes on retrouve par exemple : limiter le sel à 8g par jour ; supprimer toute consommation d’alcool ; favoriser l’huile de colza en huile d’ajout en première intention ; des apports journaliers en fibres de 25g ; légumes verts selon la tolérance des patients ; etc. Les consignes sont globales aux patients souffrant du diabète et restent théoriques.

2. Problématisation

2.1. La justification de la question de recherche

L’approche clinique transculturelle(22) est inéluctable aux consultations de médecine générale. Cette approche nous tient à cœur et nous interroge depuis le début de nos études. A la faculté, lorsque nous abordons le régime alimentaire diabétique, nous ne discutons pas des spécificités culturelles. Nous nous sommes donc interrogés sur le vécu des médecins, et des patients d’origine maghrébine lors de la délivrance des consignes de régime alimentaire. Le but est d’analyser les représentations et les non-dits qui interviennent dans ces échanges, d’où le choix d’une étude qualitative.

Le diabète de type 2 est communément traité dans les thèses d’exercices, surtout du point de vue des médecins(23), mais moins de celui des patients maghrébins. Une autre thèse utilisant un questionnaire aborde le régime appliqué par cette catégorie de

patients maghrébins(24). Des études ont été faites sur le ressenti des patients diabétiques en général sans cibler de sous population(25). D'après l'étude réalisée par V. Peze, M. Lumediluna, J. Thill et al. la manière dont les patients diabétiques de type 2 pensent la maladie et l'ETP est étroitement liée au contexte social dans lequel ils sont inscrits(25). Le point de vue est souvent unilatéral et évoque les freins concernant le régime diététique(26).

D'après une thèse réalisée en focus groups sur des patients atteints de DT2 par C. Lebon et L. Plenecassagnes, les patients ressentaient des difficultés à appliquer le régime, et un ensemble de sentiments négatifs (lassitude, fardeau, dialogue de sourds avec leurs médecins, conseils pas très concrets etc.). Une étude aborde le régime alimentaire des femmes maghrébines diabétiques de type 2(27) mais pas celui des hommes. Dans un travail de recherche qualitative réalisé par Angélique SAVALL, le diabète de type 2 engendrerait chez les maghrébines un conflit de normes alimentaires menant à une réflexivité complexe. Le diabète de type 2 apparaît alors comme un bouleversement identitaire, et les pratiques alimentaires se construisent autour de la maladie de la mère de famille(27). Une thèse a évoqué les représentations concernant la maladie des patients maghrébins souffrant d'un diabète de type 2(28). D'après une thèse qualitative réalisée par Imane Messaoudi, auprès de patients maghrébins diabétiques, l'insuline conditionne la gravité de la maladie ainsi que la présence de symptômes. Aussi, il ressort que le diabète peut être vécu comme une faiblesse chez une population qui a subi difficilement son immigration.

2.2. L'objectif de recherche

Notre travail de thèse s'attachera à répondre aux 2 questions qui suivent :

- Comment les médecins généralistes élaborent-ils leurs messages d'éducation thérapeutiques concernant l'alimentation pour leurs patients diabétiques de type 2 d'origine maghrébine ?
- Comment les patients diabétiques d'origine maghrébine perçoivent-ils les informations d'éducation thérapeutique, venant de leur médecin traitant, concernant l'alimentation ?

MATERIAUX ET METHODES

Matériaux et méthodes

1. Le type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative. Nous avons fait le choix d'une approche inspirée de l'**analyse phénoménologie interprétative** (IPA)(29). L'IPA proposée par Smith est l'une des approches phénoménologiques les plus utilisées en santé(30). Cette méthode nous paraissait être la plus à même d'explorer la subjectivité qui sous-tend une consultation de médecine générale. Elle nous permet d'investiguer le **vécu (ou l'expérience)** : les attentes, les non-dits, mais surtout l'interprétation que peuvent avoir les protagonistes d'une situation donnée. En effet, c'est la recherche de sens à partir de la description par la personne d'un phénomène vécu(30).

2. Population

2.1. Le type de population

Nous avons réalisé un **échantillonnage homogène(31) et raisonné** conformément au type d'analyse choisie. En effet, nous avons prélevé dans une population ciblée (les maghrébins et des médecins généralistes ayant une patientèle maghrébine) par la question de recherche des participants ayant vécu le phénomène à étudier (le régime diététique dans le cadre du diabète de type 2).

Les médecins généralistes devaient exercer en Région Centre-Val de Loire et/ou en Charente-Maritime (17) et avoir une patientèle maghrébine.

Les critères d'inclusions pour les patients étaient d'être majeur, être immigrants de première et de deuxième génération d'origine maghrébine, avoir un diabète de type 2, habiter en Région Centre-Val de Loire ou en Charente-Maritime, ne pas avoir de troubles cognitifs, et avoir une bonne maîtrise de la langue française.

2.2. Taille de l'échantillon

Pour l'approche phénoménologique (IPA), il ne peut pas y avoir de saturation des données. La suffisance des données est assumée par le chercheur.(32) Les entretiens devant avoir lieu jusqu'à ce qu'aucune nouvelle donnée ne semble pouvoir être obtenue, c'est à dire jusqu'à saturation empirique des données. Nous avons donc jugé de la suffisance des données après 9 entretiens patients et 9 entretiens médecins, soit 18 entretiens au total.

2.3. Procédure de recrutement

Chaque individu a été contacté séparément, les médecins ont été recrutés indépendamment des patients.

2.3.1. Les médecins

Les médecins correspondants aux critères d'inclusions étaient contactés soit par téléphone ou soit par mail. Une vingtaine de médecins a été contactée. Sur les personnes contactées 7 ont refusé, 13 ont accepté de participer à l'étude et parmi eux 4 entretiens n'ont pas été réalisés du fait d'un planning incompatible avec celui des investigateurs.

2.3.2. Les patients

Les patients répondants aux critères d'inclusions devaient être recrutés sur nos lieux de stages, aucun, alors, ne répondait à nos critères. Nous avons été contactés par le biais du « bouche à oreille », par 2 personnes intéressées par notre étude. Le reste du recrutement s'est fait par le biais d'une diététicienne connue pour suivre des patients répondant à nos critères. Nous avons ensuite contacté 10 patients par téléphone, 7 ont accepté de participer, et 3 n'ont pas donné de suite à nos sollicitations.

3. Recueil des données

L'étude a été réalisée sur une période de 11 mois, de novembre 2022 à septembre 2023. Nous avons réalisé des entretiens semi-dirigés, les informations et le recueil de données étaient strictement confidentiels. L'étude de 2 populations différentes, l'étude de 2 questions, ainsi que le nombre de personnes à interroger, a justifié que le travail de thèse soit réalisé par deux investigateurs. Trois entretiens médecins ont été fait au cabinet, cinq entretiens ont été réalisés par visioconférence et un a été fait par téléphone. Deux entretiens patients ont été réalisés à leurs domiciles et sept ont été réalisés par téléphone.

Les entretiens des patients ont duré de 16 minutes et 39 secondes pour le plus court à 31 minutes et 18 secondes pour le plus long. Les entretiens des médecins ont une durée de 14 minutes 54 secondes pour l'entretien le plus court et de 29 minutes 37 secondes pour l'enregistrement le plus long.

Il a été proposé à chacun des participants, la possibilité de relire la retranscription de leur entretien et d'y apporter des corrections. Les entretiens ont tous été enregistrés vocalement à l'aide d'un smartphone.

Tous les entretiens ont été retranscrits intégralement et anonymisés sur le logiciel Word. Les termes employés par les participants ont été restitués avec fidélité.

4. Analyse des données

Une triangulation de l'analyse a été réalisée afin de renforcer la validité de l'étude. L'investigateur qui n'avait pas fait l'entretien était chargé de le retranscrire et d'en faire un premier codage. Un deuxième codage était réalisé indépendamment du premier puis les deux investigateurs mettaient en communs leurs résultats qu'ils confrontaient. Enfin, le directeur de thèse effectuait une 3^{ème} lecture des entretiens. L'analyse choisie a été celle de la phénoménologie interprétative.

Les verbatims ont été analysés en partie à l'aide du logiciel Nvivo14 qui permettait de mettre en évidence des redondances, et de manière manuelle sur Word. Dans un premier temps, nous avons attribué à chaque verbatim une étiquette (un ou plusieurs mots), puis à chacune des étiquettes nous avons associé une ou plusieurs propriétés (sous-catégories). Enfin, les propriétés étaient regroupées en catégories (thèmes).

5. Aspects éthiques et réglementaires

Le consentement (*) libre et éclairé était demandé à chacun des participants, soit de manière orale soit de manière écrite par une signature. Les participants étaient alors informés de leurs droits (notamment de correction et de rétraction), et de la garantie de l'anonymat et la confidentialité.

Les entretiens ont tous été anonymisés, par suppression de tous les noms propres (lieux, établissements scolaires etc...) afin d'empêcher toute identification des participants. Un nom de code était attribué aux patients (P1, P2 etc...) et aux médecins (M01, M02 etc...).

Notre travail, ne relevant pas de la loi Jardé, ne requérait aucune autorisation.

RESULTATS :
LE RESSENTI DES
MEDECINS

Résultats : Le ressenti des médecins

1. Caractéristiques des médecins interrogés

Noms		Sexe	Tranche d'âge	Origine	Zone d'exercice	Années d'exercice
M01		Femme	55-60 ans	Caucasienne	Rurale	32
M02		Femme	25-30 ans	Moyen-Orient	Urbaine	3 ans
M03		Femme	40-45 ans	Caucasienne	Semi-rurale	13 ans
M04		Homme	50-55 ans	Caucasienne	Urbaine	23 ans
M05		Femme	25-30 ans	Caucasienne	Semi-rurale	3 ans
M06		Homme	50-55 ans	Maghrébine	Urbaine	25 ans
M07		Homme	25-30 ans	Caucasienne	Rurale	3 ans
M08		Homme	55-60 ans	Caucasienne	Rurale	30 ans
M09		Femme	50-55 ans	Maghrébine	Urbaine	23 ans

Tableau 1 : Caractéristiques des Médecins interrogés

2. Les sciences médicales mises en avant

2.1. Conseils thérapeutiques théoriques

Les médecins interrogés évoquent souvent des consignes médicamenteuses et de suivi biologique globales et théoriques, issues des données de la science. Il s'agit des antidiabétiques oraux, de l'insuline et de la surveillance de l'hémoglobine glyquée régulièrement ainsi que de la glycémie à jeun dans certains cas.

M01 : « *les gens qui sont sous anti diabétiques oraux je leur demande juste d'arrêter les anti diabétiques oraux pendant le Ramadan »*

M02 : « *de toute façon dans tous les cas on refera la prise de sang pour vérifier, donc il faut pas que ce soit flambé. Je me dis que peut être que de leur donner cette information là ils vont se dire « d'accord j'ai un test oui quand je reviens. »*

M05 : « *Voir qu'ils ne fassent pas des hypoglycémies avec les traitements, s'ils sont sous sulfamides ou autre. Comment ils gèrent leurs traitements durant le Ramadan, c'est vrai que c'est compliqué. Penser à l'insuline, ça peut être compliqué de dire bah là je prends pas mes rapides, mais plus de rapides le soir »*

2.2. Conseils nutritionnels théoriques « globalisation »

Souvent les consignes diététiques sont globales à tous les patients diabétiques de type 2. Cela concerne les différentes valeurs nutritionnelles des aliments, les proportions théoriques des repas. Il s'agit aussi de prohiber le grignotage. Certains expliquent les processus physiologiques de la prise prandiale et la notion de satiété. Le corps humain peut être vu comme une machine que l'on fait fonctionner avec du carburant (à l'image d'une automobile) où il n'en faut ni trop ni pas assez.

M01 : *« c'est tellement logique de manger des fruits et de boire de l'eau à table [...] leur faire comprendre que ça ça n'est pas un régime, mais une norme. On boit de l'eau à table et on mange des fruits en dessert. [...] je leur dis que l'excès ce n'est pas l'idéal. »*

M02 : *« Je commence personnellement comme ça, c'est déjà stopper le grignotage [...] on introduit petit à petit dans leur régime alimentaire jusqu'à ce qu'eux commencent à voir aussi des résultats et que ça finisse par s'introduire. Être trop brutale, ça ne marchera pas à mon avis à moi ! »*

M03 : *« ...je parle de ce qui rentre et ce qui sort en terme calorique [...] les modalités de l'alimentation, c'est-à-dire apprendre à manger doucement, de mâcher et donner le temps à l'organisme d'assimiler le fait qu'il y ait un bol alimentaire qui arrive, pour donner au cerveau l'information que ça y est, il y a satiété. Si on se gave, la satiété elle vient après et c'est déjà trop tard quoi ! »*

M04 : *« Dans un 1^{er} temps je vais avoir un même discours pour tout le monde [...] la 1^{ere} consultation c'est activité physique et sucre rapide. A la 2^{nde} consultation je fais le point sur l'importance d'avoir des sucres lents, d'équilibrer le repas sur ce qui va être féculents, légumes puis qu'il faut quand même des féculents à chaque repas [...] Je vais surtout insister sur les sucres rapides. C'est ce sur quoi je vais appuyer en 1^{er} lieu. »*

M05 : *« leur proposer de mettre du sucre moins sucrant, moins hyper glycémiant, voilà [...] c'est des trucs assez standard finalement, c'est la proportion de l'alimentation dans l'assiette. Les féculents plus complets. Au niveau des légumes, certains sont beaucoup plus riches en fibres que d'autres, c'est-à-dire que même s'ils mangent la*

salade c'est bien mais il n'y a pas tant de fibres que ça, il faudrait des petits pois, des poireaux des choses qui sont bien riches en fibres »

M08 : *« on revient sur des choses basiques, manger ça répond à un besoin physique, de combien de fois par jour, qu'est-ce qu'on y met, euh...c'est quoi les règles, vous savez le petit nounours avec un aliment de chaque groupe alimentaire »*

M09 *« Pour moi j'ai pas plus de conseils à donner à des patients Maghrébins qu'à d'autres. »*

2.3. Conseils alimentaires dépendants de l'activité physique

2.3.1. Le sport en général

L'activité physique est souvent vue comme indissociable de l'alimentation. L'une ne va pas sans l'autre. Cela rejoint la célèbre expression d'Hippocrate proclamée 460 ans avant J.C en Grèce « Nous sommes ce que nous mangeons ». Le sport est aussi intégré comme étant un des paramètres régulant l'alimentation. En effet, la quantité de nourriture consommée doit être relativement proportionnelle à l'activité physique pratiquée.

M01 : *« moi l'activité physique dans le diabète, dans tout, c'est la bonne santé ! Et donc on va beaucoup plus discuter évidemment d'activité physique et de marche régulière que d'alimentation. »*

M03 : *« concernant l'activité physique je leur explique que marcher à droite à gauche c'est bien mais c'est peut-être pas suffisant pour être calorifuges quand on est dans une démarche d'une perte de poids quoi. [...] je leur fais prendre conscience que ça doit passer par un effort sportif à part entière, voir s'inscrire dans un club, et je m'enquière un peu des envies »*

M04 : *« j'ai le même discours. Les RHD sont les mêmes. J'insiste sur l'activité physique. »*

M07 : *« Il y a aussi la question de l'activité physique, des dépenses, car il y a cette balance là à prendre en compte. »*

2.3.2. Activité physique adaptée / médicale

L'activité physique peut être abordé comme étant un soin à part entière. Certains médecins n'hésitent pas à prescrire une activité physique en s'appuyant sur des dispositifs conventionnés avec la sécurité sociale.

M06 : « *il y a le certificat d'activité physique adaptée et remboursée. Il y a des salles de sports même, qui sont remboursées auprès de la sécu, et ça je pense que c'est la chose la plus importante, après donc le régime alimentaire.* »

M07 : « *Et après discuter soit avec les kinés pour faire aussi un réentraînement à l'effort. Ça va se mettre dans pas longtemps dans la MSP où je suis : ça va être avec les **coachs APA (coachs d'activité physique adaptée)*** »

2.4. Posture paternaliste du médecin

La posture paternaliste est ressentie comme étant nécessaire lors de certaines consultations pour diverses raisons. L'une d'entre elle serait d'éviter toute familiarité qui pourrait entacher la mise en œuvre des prescriptions médicales. Certains pensent que les immigrés maghrébins de premières générations recherche cette attitude de leur médecin.

M01 : « *je vais leur expliquer ce qui va être bon pour leur santé, quelles sont les complications possibles, surtout si ça dépasse 10 (d'hba1c).* »

M02 : « *je vais m'adapter et parler en arabe, mais ce n'est pas quelque chose que je vais pouvoir faire tout le temps car il y a toujours une barrière à avoir en tant que médecin [...] je vais essayer d'adapter et de mettre des mots en arabe, essayer de le faire comprendre d'une autre manière. Et garder la barrière en mode « c'est moi le médecin » et vous vous êtes le patient.* »

M06 : « *pour mes patients diabétiques, je leur interdis de faire le Ramadan c'est clair !* »

M08 : « *Je me suis déjà appuyée sur l'imam du coin pour faire un rappel avant pour leur expliquer que si le médecin musulman ou pas musulman, vous dit de ne pas faire le Ramadan, vous ne le faites pas.* »

M09 : « *Surtout les plus anciens, on est quand même en attente d'une consultation en sens très unique et je le ressens quoi. Le modèle paternaliste, Il est attendu hein !* »

3. Représentations socio-culturelles

3.1. Représentations culturelles

3.1.1. Pratiques alimentaires

3.1.1.1. Le couscous / Le pain / la semoule

Les féculents sont vus comme étant consommés en grandes quantités en plus d'être très présents dans l'alimentation des patients d'origine maghrébine.

M03 : « *C'est vrai que les tajines, les couscous, on a tout de suite l'impression que euh...il y a des quantités quoi !* »

M06 : « *dans notre culture maghrébine, on consomme beaucoup de pain* »

M07 : « *la semoule plus que nous* »

M09 : « *c'est des gros mangeurs de pain. Beaucoup de céréales en fait.* »

M09 : « *Je lisais l'autre jour qu'un truc sur le je sais pas un article dans le monde je sais pas quoi sur le Couscous Royal qui était une invention française, dans les années 60, au moment où il y a eu beaucoup de gens qui sont venus d'Algérie, euh maghrébine ou européenne et. Et que l'ajout de de tous ces aliments, enfin, ça faisait pas partie de de trucs euh...Donc je pense qu'on a beaucoup de stéréotypes franco-français à travers nous les modes de restauration* »

3.1.1.2. Boissons sucrées

Une des caractéristiques de la population maghrébine qui ressort est la consommation de boissons sucrées dans de grosses proportions, mais surtout l'iconique thé à la menthe.

M01 : « *Bon ensuite le thé à la menthe s'il en boivent toute la journée, c'est bien évident qu'on ne pas arrêter une pratique bien ancrée [...] voir si on peut diminuer le sucre dans le thé à la menthe... Si certains mettent 20 morceaux de sucres dans leur thé voir que ce qui est possible de faire* »

M02 : « *c'est pas parce que je suis là-bas que je dois boire mon thé avec 1000 sucres. C'est pas parce que je suis là-bas que je dois manger plus de pain* »

M04 « *Sur les boissons chaudes j'essaye qu'on enlève, alors au moins qu'on diminue le sucre. J'ai grande idée que le thé et le café vont être très sucrés* »

M05 « *changer des habitudes déjà ancré depuis longtemps c'est difficile. Quand on te dit bah voilà il faut que tu mettes 3 fois moins de sucre dans ton thé que t'as toujours fait avec 200g de sucres bah voilà aussi ton thé il a plus trop de goût quoi. Ouais...c'est dure mais c'est tous je crois* »

3.1.1.3. Pâtisseries et desserts sucrés

Les desserts consommés par les patients maghrébins sont perçus comme étant très sucrés et généralement festifs. Cela va des pâtisseries aux fruits comme les agrumes.

M01 : « *ils font tous leur dessert pratiquement, ils font des gâteaux.* »

M04 : « *On va être sur des fruits plus sucrés, plus de sucre rapide [...] La question des dattes, des fruits confits, des oranges c'est quelque chose que je vais plus poser à mes patients maghrébins que mes patients d'origine occidentale, ça c'est sûr !* »

M05 : « *Après la différence se fait niveau alimentation, car il y a plus de famille et l'alimentation est plus festive je pense. Peut-être plus sucrées, avec des pâtisseries* »

M06 : *« il y a plein de sucre, donc beaucoup, beaucoup de sucres rapides hein, avec le thé, les gâteaux et c'est vraiment le quotidien des maghrébins en général. »*

3.1.1.4. L'huile d'olive

Les plats seraient cuisinés avec des graisses végétales de type huile d'olive principalement.

M04 : *« Et sur la partie salée ou j'aurai peut-être moins besoin d'insister sur le beurre, mais plus sur l'huile aussi voilà »*

M08 : *« Essentiellement des féculents, du sucre, du gras. Une bouteille d'huile par semaine. L'huile d'olive c'est bon, donc l'huile d'olive c'est l'assiette tous les matins, ça va être ça « mime une hauteur de 2 cm », donc ça va être 200ml dans l'assiette. »*

3.1.2. Pratiques culturelles

3.1.2.1. Repas collectifs

Les repas seraient souvent festifs avec de nombreux convives et ainsi, avec de grandes quantités cuisinées et consommées. La notion de partage est très présente et les lieux de vie seraient conçus pour recevoir du monde. La prise prandiale répondrait davantage à un besoin d'établir un lien social qu'à celui d'établir un geste répondant à un besoin primaire. Les repas doivent être consommés jusqu'à la dernière miette puisque culturellement parlant, il serait inconcevable d'en laisser ne serait-ce qu'un atome.

M01 : *« Ils ont beaucoup plus de repas en famille qu'en France. Et donc à partir du moment où on fait des repas familiaux, c'est-à-dire ils sont 8-10 en même temps ou alors il y a les voisins qui arrivent [...] Ce qu'il se passe c'est que le dimanche ils sont souvent chez les uns et chez les autres et donc chacun amène un gâteau »*

M02 : « là on parle de la population maghrébine, donc ça fait partie d'eux ce moment convivial, ça fait partie de leur mentalité, ça fait partie de qui ils sont, de leur origine, de leur, euh...Vraiment ça fait partie d'eux tout ce qui est autour de la nourriture [...] Par contre quand t'es en famille et que là c'est un gros plat pour tout le monde, tu manges, tu manges et tu sais pas combien t'as mangé »

M04 : « ça va être un truc un peu conviviale, plus de monde, une famille qui se regroupe euh ...après c'est plutôt une image que je vais avoir sur le week-end. [...] On fait des quantités importantes où tout le monde peut repartir avec à manger »

M06 : « C'est la même culture culinaire, il y a des plats qui varient un petit peu mais globalement ça reste la même chose. [...] quand ils vont au pays, ils sont invités chez la famille »

M07 : « Mais par contre, c'est la quantité qui va être problématique puisque quand on compare ça va être de grosses portions. C'est encore des gens qui sont très famille, mais très famille : grande famille »

M08 « Il y a l'effet de cette culture, bon je le dis en arabe « le dernier petit morceau c'est celui-là qui fait Ikheir » (kheir=le bien, joie, bonheur. Notion aux repas de groupe, où il ne faut rien laisser dans l'assiette et manger jusqu'à la dernière bouchée) [...] J'ai mangé un couscous, le « guess3a » (plat) à couscous il fait 1m de large. »

M09 « la projection que j'ai dans la population maghrébine, c'est qu'il y a tout un côté préparatoire important dans les repas qui sont faits en commun. J'ai l'impression donc que ce côté-là, ça fait partie de la sociabilité [...] puis je pense que le côté partagé, il est très très important. »

3.1.2.2. Ramadan

Le Ramadan est vu comme étant un moment de partage.

M02 « Donc c'est pareil, le Ramadan c'est familial, conviviale, c'est un seul repas »

3.1.2.3. Le sport

L'activité sportive peut être perçue comme ne faisant pas partie de la culture maghrébine.

M03 : « *le sport est peut-être moins culturel, en tout à partir d'une certaine génération quoi. Chez les jeunes, peut-être plus évidemment* »

3.1.2.4. L'Aïd

L'Aïd est identifié comme une fête où tous les excès sont permis à l'image de Noël ou du nouvel an dans la culture européenne.

M07 : « *Et il y a l'Aïd où c'est très gras, ça je le sais !* »

3.2. Représentations sociales

Leur mode de vie, notamment concernant la consommation éthylique, dépendrait de s'ils sont identifiés comme étant berbères ou comme arabes. Le nom de famille peut servir à reconnaître leurs origines ethniques. Ces populations auraient adopté un mode de vie sédentaire en s'installant en France, ce qui expliquerait la survenue de leur diabète pour certains confrères.

M02 : « *je les reconnais par rapport au nom de famille, et comment ils présentent.* »
[...] *Moi ça me fait toujours un électrochoc car je sais que dans leur pays, c'est encore autre chose, il y a encore plus de famille, il y a encore plus de repas, il y a encore moins d'organisation* »

M07 : « *Il y a les a priori sur la culture, car on en a tous. [...] Ça va dépendre de si c'est berbère et si c'est arabe, euh alcool pas trop chez les arabes et plus chez les berbères* »

M08 « *car ici ils viennent essentiellement de là-bas, du Nord du Maroc. Donc en gros ils sont partis des champs avec la pioche (mime le geste) au chariot (mime cadis au supermarché) et génétiquement parlant ils ne sont pas construits pour ça. C'est des patients qui ont connus la misère tout ça et qui ont un génotype « je stocke ». Donc ils stockent tout et ils se dépensent très très peu* »

3.2.1. Le Mektoub

Ils seraient perçus comme étant fataliste et d'attitude passive concernant leur pathologie, en s'en remettant au « Mektoub » littéralement « le destin ». De ce fait ils ne sont pas responsables de la maladie qui « leur tombe dessus ».

M08 : « *C'est très compliquée la population maghrébine car ils sont très fatalistes. Ils partent du principe que c'est le bon dieu qui donne la maladie, on fait avec* »

3.2.2. Bas niveau socio-économique

3.2.2.1. Population peu éduquée

Ils sont identifiés comme étant de bas niveau éducatif et comme faisant principalement partie de la classe ouvrière.

M01 : « *Nous, (ici) les marocains sont souvent à la MSA (régime agricole) [...] car ils sont souvent ouvriers agricoles* »

M06 : « *Je pense qu'une bonne partie des patients ne respectent pas par méconnaissance d'une part de la gravité des complications de la pathologie à long terme, et un peu d'insouciance dans la culture médicale. Enfin dans cette population-là, surtout les maghrébins qui ont un certain âge, on va dire 60 ans et plus.* »

3.2.2.2. Patients allophones

Ils sont caractérisés comme parlant peu ou pas français, du moins, en ce qui concerne les premières générations. Cela implique des consultations à plusieurs avec un interprète qui est souvent de la famille du patient. On a alors une rupture du colloque singulier. Le fait de parler la langue du patient, ne suffit pas à pallier aux problèmes de communications, d'après les médecins interrogés.

M01 : « *on a des marocains qui ne parlent pas français ou très mal* »

M02 : « *tout en essayant de m'adapter à la population qui est en face et qui parle pas toujours très bien français [...] Souvent quand c'est des femmes elles viennent accompagnées d'un tiers pour traduire : une fille, une sœur, une belle-sœur* »

M04 : « *J'ai aussi beaucoup de patients maghrébins avec qui je vais avoir un problème de compréhension* »

M08 : « *Au départ je pensais que parler la même langue qu'eux suffirait [...] et je m'occupe de ceux qui ne parlent pas très bien français parce que voilà c'est compliqué !* »

3.2.2.3. Bas niveau économique

Les patients auraient souvent peu de moyens financiers. Cela peut être identifié comme principale frein à une prise en charge diététique souvent non remboursée, mais cela serait aussi un frein pour l'adoption d'une alimentation saine et équilibrée.

M03 : « *Après c'est le coût qui est parfois un obstacle quoi, on est sur des consultations non remboursées.* »

M04 : « *ça va plus être une question de niveau social en général sur les boissons, et bah effectivement chez mes patients maghrébins je vais plus avoir un niveau socio-économique qui est plus bas en moyenne, que chez les patients occidentaux.* »

M08 : « *j'ai été confronté à la précarité dans toute sa splendeur.* »

3.2.3. Société patriarcale

3.2.3.1. Femmes inactives

Les femmes maghrébines sont vues comme étant sédentaire et restant souvent à la maison, ne pratiquant pas ou peu d'activité physiques et n'occupant pas d'emploi. La répartition des tâches seraient perçues comme, le mari qui travaille et l'épouse qui s'occupe du foyer.

M06 : « *la sédentarité, surtout chez les femmes, qui restent à domicile, surtout les femmes d'un certain âge [...] C'est surtout chez les femmes qui sont sédentaires, à domicile. Les hommes en général ils sortent, ils marchent* »

M08 : « *la femme ne sort pas et où elle reste à la maison.* »

3.2.3.2. Femmes qui cuisinent

Les repas sont faits par les femmes.

M01 : « *ce qui va beaucoup changer pour moi avec des marocains par exemple, c'est qu'automatiquement, leur femme va être là. [...] de toute façon c'est pas eux (les hommes) qui font la cuisine, ou exceptionnellement. [...] on va se retrouver avec culturellement des hommes qui sont forts dans le couple à diriger les choses* »

3.3. Expérience personnelle du médecin

3.3.1. Patientèle maghrébine active

Pour certains, les maghrébins sont globalement une population insérée dans la vie professionnelle, sans problèmes financiers en particulier.

M01 : « *ils sont souvent ouvriers agricoles* »

M09 : « *la population est globalement active. J'ai une part de population non active qui est très faible [...] c'est une population bien intégrée du point de vue socio-économique, donc des gens, qui ont travaillé, des gens qui sont à la retraite.* »

3.3.2. Respect du médecin

Les médecins ont le sentiment que cette patientèle est plutôt respectueuse du médecin. Ce respect irait de pair avec une bonne observance médicamenteuse.

M03 : « *on a quand même l'impression que l'observance est bonne aussi. C'est des gens qui sont respectueux de la prescription, plutôt ça ce n'est pas le problème. [...] Et euh il y a un respect par rapport au médecin, par rapport à ses prescriptions, par rapport à ses consignes* »

M04 : « *L'observance est plutôt bonne chez ces patients. En tout cas l'observance du traitement est plutôt bonne.* »

3.3.3. Patients à la recherche d'un comprimé magique

Les patients chercheraient une solution médicamenteuse pour éradiquer le diabète et la surcharge pondérale et ce, sans efforts particuliers de leur part sur le plan hygiéno-diététique.

M02 : « *Il y en a qui ont des médicaments et qui pensent que ça va tout changer [...] Si la personne n'est pas très réceptive, que je vois que euh elle se dit en fait de toute façon j'ai des médicaments, donc pourquoi faire autant d'effort ?* »

M03 : « *enfin ils demandent souvent après de la magie si possible « Vous n'avez pas un comprimé docteur pour pouvoir maigrir* »

M07 : « *Il y a des gens ils veulent des médicaments, tu fais, c'est comme ça.* »

M08 : « *ils viennent chercher les petits bonbons qui vont faire tout le travail à leur place.* »

4. Renoncement

4.1. Sentiment d'une maladie taboue

Ils ont la sensation que des choses subtiles se jouent lors des consultations dédiées aux diabètes. Il y aurait un non-dit, concernant la maladie, avec les proches qui serait dû à la peur de l'exclusion de la communauté. Cette exclusion se ferait par le biais de la perte de partage de l'alimentation. Parfois il y a un sentiment d'attente du patient qui n'est pas identifiée par le médecin et que ce dernier n'aborde pas. Le diabète constituerait de ce fait une maladie taboue, secrète parfois dans certaines familles.

M03 : « *Que mon discours est moins adapté qu'il ne pourrait l'être par méconnaissance de certaines choses plus profondes et subtiles.* »

M05 : « *Je pense que c'est leur vécu et que c'est personnel, qu'ils n'ont pas forcément envie de le dire à tout le monde. Ils font le Ramadan tranquille dans leur coin.* »

M07 : « dans la culture arabe, ça va avoir un gros impact, notamment avec le Ramadan... euh donc du coup je sais que ça va être un traumatisme en disant je vais être exclue de ma culture ce qui va moins être le cas dans d'autres ethnies européennes caucasiennes » [...] Bah y a aussi cette question-là du « j'ai pas envie qu'on sache que »

M09 : « Je pense qu'il y a encore aussi plus de culpabilité, tu vois avec la vision du médecin il y a des attentes. [...] c'est qu'au travers de ce qu'on veut bien me dire, la façon dont on veut bien me le dire. [...] Et il y a un bloc, le bloc de l'alimentation. Il est assez intangible je crois. Il y a un gros truc, j'ai l'impression qu'il y a moins de porosité pour donner des informations »

4.2. Abandon

4.2.1. Non observance (diététique/thérapeutique)

Ils ont le sentiment d'une mauvaise observance tant sur le plan diététique que thérapeutique. Les soignés donnent l'impression de se laisser porter, de ne pas être acteur dans leur cadre de la gestion de leur diabète. Cela suscite un abandon des soignants qui parfois tolèrent des objectifs biologiques (hémoglobine glyquée) bien supérieure aux recommandations de la HAS en vigueur. Pour d'autres, le passage à l'insuline serait d'autant plus inévitable chez cette patientèle.

M01 : « mes diabétiques marocains, je pense pas qu'ils aient des HBA1c glyquées euh... Bon comme moi mon objectif c'est 10 euh et bein je pense pas qu'ils soient tellement au-dessus. »

M02 : « C'est vraiment compliqué, et c'est pas que pour ce genre de patient, pour l'être humain en général. [...] parfois j'ai l'impression qu'il y a une certaine fatalité et qu'on va finir par arriver à l'insuline. »

M05 : « Je sais que certains notent ce qu'ils pensent qu'il est bon de manger et pas nécessairement ce qu'eux mangent vraiment. Le biais de désirabilité, on a envie d'être parfait, de ne pas être jugé. »

M06 : *« la non-observance thérapeutique. Il y a ceux qui ne respectent pas les traitements qu'on leur donne. Ils font comme bon leur semble... [...] Nous parfois, on est un peu démunie, on est un peu agacé même quand on voit qu'on arrive pas du tout à équilibrer leur diabète, et qu'eux sont vraiment dans l'insouciance totale. »*

M09 : *« alors accepter la relative inertie ou impuissance ? Ça pose aucun problème, je fais, j'ai l'habitude. »*

4.2.2. Responsabilité du patient (« il fait ce qu'il veut »)

Faute de pouvoir changer et modifier les comportements de leurs patients, les médecins mettent en avant la responsabilité des malades. Le soignant délivre les informations sur la maladie, sur les traitements et le patient choisit alors ce qu'il garde ou non. Il participe alors « activement » à sa prise en charge. On se retrouve dans le modèle « informatif-explicatif »(33) qui est un modèle moderne réduisant l'asymétrie relationnelle à une simple asymétrie d'information.

M01 : *« Je pense que les gens sont responsables de leur vie, responsables de ce qu'ils font [...] de toute façon c'est pas moi qui vais faire les choses, c'est eux. Et que ça va être : « de toute façon je vous explique ce qu'il faut faire et vous faites ce que vous voulez. »*

M06 : *« Je convoque les membres de la famille, les enfants souvent, pour leur expliquer que ce n'est pas de notre faute à nous, soignants, que le travail est fait » ou « je leur dis, « si c'est pour ne pas prendre le traitement, je comprends pas pourquoi vous revenez me voir. »*

M08 : *« Je leur dis que c'est leur santé, que ce n'est pas la mienne. Moi je vous donne mon avis de médecin que vous choisissiez de suivre ou non, maintenant c'est vous qui décidez. »*

M09 : *« Le but c'est d'apporter des connaissances éventuelles qui vont lui permettre de s'interroger et puis de bouger. Et après je leur donne des munitions pour bouger. »*

4.2.3. Manque de temps

Les médecins déplorent l'aspect chronophage des consultations dédiées aux régime alimentaire et à l'éducation du patient en général.

M04 : « *au début je vais délivrer les messages petit à petit pour pas trop noyer les gens, parce que je fais pas des consultations de $\frac{3}{4}$ d'heures comme l'ide ASALEE qui a ce temps-là. »*

M07 : « *Je n'hésite pas si je suis dépassé à les adresser aux IDE ASALEE de la MSP, car elles vont avoir des temps dédiés pour l'ETP [...] C'est toujours la problématique de la rémunération du médecin et du temps qu'il peut consacrer au patient, car ça prend beaucoup de temps »*

M08 : « *parfois c'est un peu compliqué ! Et éduquer en cette période sanitaire où il y a peu de médecins...euh ici c'est un désert [...] et je m'occupe de ceux qui ne parlent pas très bien français parce que voilà c'est compliqué ! »*

4.2.4. Déléguer plus facilement

4.2.4.1. Diabétologues / nutritionnistes

Les médecins auraient tendance à prendre plus facilement en charge la pathologie diabétique de manière pluridisciplinaire, avec des endocrinologues et/ou nutritionnistes.

M02 : « *Si je vois qu'au bout d'un an ça va toujours pas, que l'hba1c elle monte beaucoup et que ça n'avance pas, à ce moment-là j'aurais l'impression que mon rôle est limité et du coup oui à ce moment-là je les enverrai voir un diabélogue »*

M03 : « *Alors les médecins nutritionnistes je vais plus les réserver à des gens qui ont vraiment une pathologie associée, dans le cadre d'un diabète et de pathologie cardiovasculaire associée, euh assez sévère »*

4.2.4.2. Diététicienne

Certains n'hésitent pas à déléguer la partie alimentaire aux diététiciens.

M01 : *« de toute façon nous on essaye de les montrer à la diét' pour leur prise en charge. »*

M03 : *« Je ne me rends pas toujours compte quelles sont les erreurs diététiques. Et là c'est vrai que je m'appuie assez facilement sur des diététiciennes »*

4.2.4.3. Infirmiers ASALEE(34)

Dans certaines MSP où travaillent certains médecins, la prise en charge est parfois conjointe avec des infirmiers ASALEE (Action de santé libérale en équipe) qui peuvent travailler sur les règles hygiéno-diététiques de certaines pathologies chroniques comme le diabète de type 2.

M04 : *« J'ai de la chance dans le cabinet de travailler avec une infirmière ASALEE. »*
ou « j'ai tendance à si possible orienter sur une ide ASALEE ou une diét, qui vont être aptes, bien mieux formées que moi et bien mieux adapter le message »

M08 : *« J'ai 2600 patients donc du coup je travaille plus avec une infirmière ASALEE »*

M09 : *« en même temps maintenant je partage mon exercice avec les infirmières ASALEE. Je délègue »*

4.2.4.4. Infirmiers libéraux

Afin de s'assurer de l'observance médicamenteuse, le médecin 06 n'hésite pas à mettre en place un infirmier à domicile.

M06 : *« ceux qui ne respectent pas, j'instaure un passage d'infirmier régulier à la maison pour essayer de leur faire le rappel quotidien, et de les inciter à prendre leur traitement de manière régulière »*

4.2.4.5. Assistants médicaux(35)

Le médecin 08 fait appelle à une assistante médicale pour compléter la formation diététique de ses patients.

M08 : « *Alors j'ai une assistante qui m'aide aussi un petit peu, qui reprend un peu les choses avec eux* »

4.3. Une attitude évasive sur certains sujets

4.3.1. Ramadan

Beaucoup de médecins interrogés ne prennent pas l'initiative d'évoquer le sujet du Ramadan avec leurs patients, estimant que ça serait plutôt à eux de l'évoquer. Si ce n'est pas abordé, ils pensent que soit ils ne pratiquent pas le jeûne, soit cela n'est pas important pour eux. D'autres choisissent de ne pas en parler, estimant que cet évènement est exceptionnel et qu'à ce titre cela n'aura pas de grosse incidence au long cours sur leur diabète .

M01 : « *S'ils m'en parlent c'est que c'est important. Si c'est pas important pour eux, le diabète c'est la solution idéal pour dire je suis malade et je le fais pas. [...] pendant le mois de Ramadan...euh je leur dis de ne pas faire d'hba1c dans les suites, comme ça on ne sait même pas si c'était déséquilibré !* »

M03 : « *Alors par rapport au Ramadan, on le respecte. Parfois ça pose problème, quand les gens ont une vraie pathologie et sont sous hypoglycémiants* »

M04 : « *chez un patient qui est équilibré qui ne pose pas de question, je ne vais pas venir chercher la question du Ramadan.* » ou « *est ce qu'on lâche un peu pour ce mois, en disant bah c'est pas très grave sur 1 mois ça ne va pas changer non plus complètement la face du monde.* »

M05 : « *j'ai pas trop eu l'occasion finalement de parler de l'alimentation. Je pense qu'ils restent quand même très discrets, ils vont pas en parler spontanément qu'ils font le Ramadan.* »

M09 : « *puis moi j'ai pas de consultations très spécifiques de patient pour le Ramadan ou juste avant le Ramadan etc... Et puis c'est que c'est pas toute l'année quoi !* »

4.3.2. Vacances aux pays

Il en est de même avec les vacances aux pays que les médecins n'abordent pas spontanément. Il y a aussi la crainte sous-jacente d'excès alimentaire et que cela se reflète lors du suivi biologique. Ainsi il peut y avoir une certaine omerta lors de cette période.

M01: « *Je leur dis rien ![...] c'est les vacances euh.....je ne m'en occupe pas.* »

M03 « *ce n'est plus eux qui cuisinent, ils sont plus invités, donc du coup il y a toujours une espèce de festivité avec ce retour-là. C'est difficile d'être exigeant sur cette période.* »

M04 « *Quand ils sont équilibrés et qu'ils retournent au pays, je ne fais pas trop de recommandations* »

M07 « *Je ne l'aborde pas de base. Il faudrait, lors du renouvellement avant d'aller au pays car ce n'est pas la même pratique* »

M09 « *Et on parle pas trop des vacances en fait. C'est un peu ponctuel les départs, c'est au fil de l'année on des occasions [...] Et on parle pas trop des vacances en fait. C'est un peu ponctuel les départs, c'est au fil de l'année on des occasions* »

4.4. Fatalité

4.4.1. Maladie féminine et qui s'installe lors des grossesses

C'est une population où certains confrères ont le sentiment qu'il y a beaucoup de diabète gestationnel.

M01 : « *les filles elles restent fines en mangeant n'importe quoi, et en faisant n'importe quoi ! Et après leur première grossesse ça dérape* »

Ils ont aussi la sensation que les femmes maghrébines seraient surreprésentées parmi leur patientèle diabétique.

M04 : « *enfin j'ai surtout des patientes, des femmes..* »

M08 : *« il y a le diabète gesta qui est important sur notre population. Il y en a beaucoup plus que dans les populations standards européennes [...] pour la majorité d'entre elles, il y a un sur risque multiplié par 7 de développer un vrai diabète de type 2 dans les 25 années qui suivent la grossesse. »*

4.4.2. Une prise de poids inéluctable

Il y a une impression que la prise pondérale est inévitable avec les années, comme le suggère ce confrère M03.

M03 : *« quand j'y pense, ces cas-là, à chaque fois, on a l'impression qu'au fur et à mesure, ça fait 20 ans que j'exerce, il y a une espèce de prise de poids qui apparaît. Et pourtant moi j'ai un cas, quand je l'ai connu qui était hyper fin, qui faisait mon poids, voilà...Moi j'ai pas bougé et lui je l'ai vu et il dépasse le quintal là »*

4.4.3. Ne pas se sentir légitime

Des difficultés sont ressenties autour du régime alimentaire des patients maghrébins. Certains évoquent un bagage universitaire insuffisant dont les enseignements abordaient des règles alimentaires plutôt globales et impersonnelles. D'autres, étant de culture différente, se sentent illégitimes dans le fait de donner des conseils alimentaires lors de ces consultations transculturelles.

M03 : *« Alors c'est vrai que moi je ne me sens pas formé, euh le temps et la capacité de m'investir dans quelque chose d'aussi précis [...] Alors peut être que j'arrive pas à identifier par manque de connaissance, les erreurs diététiques, et puis qu'est-ce qu'il y a derrière ça ? Sûrement plein de choses ! »*

M04 : *« Des fois on va retrouver certaines particularités soit de l'alimentation, soit et que moi je trouve difficile et que j'ai plus de mal à appréhender, car c'est pas quelque chose qui est dans ma culture à moi. [...] J'ai pas l'impression d'avoir toujours les réponses bien claires à leur apporter. »*

M05 : *« Je sais pas si moi je pourrais dire « ah mais je vous connais, vous mettez beaucoup d'huile ! », c'est vrai que moi la blonde, blanche « rire », je pense que je pourrais pas leur dire ça [...] Si je les connaissais je pourrais mieux les conseiller. »*

4.4.4. Une addiction

Des interviewés voient le diabète de type 2 comme une addiction alimentaire qu'ils n'hésitent pas à comparer à l'œnolisme ou à un trouble du comportement alimentaire. Cela traduit les difficultés ressenties, lors du suivi au cours de cette pathologie, parfois identiques à celles présentées dans le cadre de la prise en charge de certaines pathologies psychiatriques.

M07 : *« alors il y a l'aspect addictologiques des troubles du comportement alimentaire. Aussi bien les anorexiques mentales que les boulimiques, bah est ce qu'il n'y a pas un manque derrière, la bouffe pour combler le manque. »*

M08 : *« on arrive à la conclusion que souvent ils mangent trop et non pas par besoin, mais par envie. [...] c'est comme la clope hein il a échoué, c'est pas grave ! »*

5. Fonction apostolique du médecin

Pour reprendre un article du CAIRN(36) : *« La fonction apostolique est un concept énoncé par Balint dans les années 1950 (Benaroyo et al., 2010). Chaque médecin, porteur de ses valeurs personnelles, a sa représentation du malade idéal. Pour Balint (1988), la mission ou fonction apostolique signifie d'abord que chaque médecin a une idée vague mais presque inébranlable du comportement que doit adopter un patient lorsqu'il est malade [...] La fonction apostolique est fortement marquée par les traits de la personnalité du médecin, ses représentations et ses normes, si bien qu'habituellement, les patients se sélectionnent eux-mêmes selon les croyances apostoliques du médecin. Si patient et médecin n' « accrochent » pas et que le médecin n'arrive pas à convertir le patient à ses propres croyances apostoliques, la seule issue offerte au patient est de trouver un autre médecin »*

5.1. Savoir profane concernant la santé

Le profane concerne « tout ce qui n'est pas sacré »(37). Il peut aussi être considéré comme l'antithèse du savoir dit « savant ». Les confrères s'adaptent en revoyant les objectifs biologiques dans certaines situations (hba1c). Il y en a d'autres qui prodiguent des conseils diététiques en mariant leur expérience professionnelle et les sciences, comme ce confrère qui choisit de n'interdire que ce qui est transformé et en ne restreignant pas les aliments naturels. Certains collègues expriment leur doute sur le service rendu concernant certaines molécules pharmacologiques. Un confrère déclare que le diabète de type 2 est uniquement la conséquence du comportement alimentaire du patient.

M01 : « *Mes objectifs d'HBA1c 10-11% ne me perturbent pas [...] A 7 ça nécessite des règles strictes [...] je ne compte jamais le fructose dans l'alimentation. C'est-à-dire que je ne limite jamais des gens qui veulent manger 3kg de fruit. [...] Pour moi l'huile d'olive c'est pas un problème donc enfin de compte là non. « S'esclaffe » Non vraiment le salé y a pas de soucis »*

M02 : « *dans la journée toute entière dire de s'hydrater, boire de l'eau (x2), sachant que chez l'adulte c'est au moins 3L d'eau par jour c'est déjà introduire ça à la fin de la première consultation [...] Quand tu es diabétique de type 1, je n'ai rien à dire car c'est toi-même, c'est tes cellules à toi qui entre guillemet se rebellent, mais quand c'est un DT2 là non »*

M03 : « *ils n'arrivent pas à raisonner d'une journée sur l'autre, d'un repas sur l'autre quand on le droit de faire des écarts, bah derrière il va falloir faire une espèce de compensation quoi [...] Donc, sortir d'un repas avec cette sensation de faim c'est peut-être presque souhaitable quoi et sortir d'un repas avec la sensation d'avoir trop mangé bah c'est déjà beaucoup trop quoi »*

M05 : « *On s'en fiche peut-être un peu de l'hyper glycémie, parce qu'on voit plutôt l'hBa1c »*

M09 : *« il y a quand même des molécules pharmacologiques assez extraordinaires, et qui est les dernières des STATINES, du RAMIPRIL, des choses comme ça et c'est ça qui peut faire la différence. Je sais pas si c'est la cuillère de semoule en plus ou moins. Voilà, on ne l'a pas prouvé. »*

5.2. Médecin influencé par sa propre histoire de vie

5.2.1. Je suis influencé par mon expérience médicale

La pratique de certains collègues est en partie issue de leur expérience professionnelle, de comportements observés chez leur patientèle. Le confrère M01 pense qu'un régime entache le bonheur des gens et que c'est très difficile à mettre en place des patients maghrébins car leur caractère fait qu'ils n'accepteraient pas la contrainte. Le DT2 est une maladie qu'ils observent chez de nombreuses personnes apparentées ce qui en fait « une maladie familiale ». Certains conseils prodigués sont issus des consultations vécues, comme le confrère M03 qui déclare se baser sur ceux qu'il suit depuis de nombreuses années, peu nombreux soient-ils. M07 déclare que les patients algériens mangent des pâtisseries riches. M08 perçoit une meilleure activité physique chez ses patients en vacances au pays. M09 parle de ses échanges lors de groupes de pratiques universitaires autour de certains patients maghrébins atteints de DT2 et indirectement des connaissances apportées par ses étudiants de confession musulmane.

M01 : *« Pour moi vivre sous la contrainte en permanence ne permet pas de vivre heureux, vivre sous la contrainte du régime c'est compliqué, mais il y a des caractères où c'est beaucoup plus simple. Sauf que j'ai rarement vu des caractères comme ça chez les Marocains »*

M02 : *« C'est une maladie qui devient genre vraiment famille et après ça fait partie du Maghreb, des gens du bassin méditerranéen »*

M03 : *« Souvent une phrase qui marche bien c'est « 1kg/mois voir 500g/mois de perdu pendant un an, c'est 6 kilos. » Je leur sors leur IMC, et je leur dis « l'IMC, dans 6 kg vous sortez de l'obésité, vous rentrez dans la surcharge (pondérale). Sur un an, en faisant juste un peu [...] bon c'est une patientèle que j'ai de peu représenté, j'ai quelques cas en tête que je suis depuis 20 ans. »*

M04 : « *Sur la quantité de fruits, j'ai en tête une patiente chez qui j'essaye de faire diminuer sa quantité d'orange mangée par jour, mais elle mange beaucoup, beaucoup, beaucoup d'orange voilà « rire » »*

M05 : « *J'avais un maître de stage d'origine marocaine qui leur disait l'huile d'olive, je vous connais je sais que vous en mettez beaucoup ! Et peut-être que je serai un peu plus vigilante »*

M07 : « *J'ai en tête les pâtisseries chez les patients d'origine algérienne qui sont particulièrement grasses mais je sais que ce n'est pas le cas de tous. »*

M08 : « *le trop du trop ils l'ont ici, quand ils vont là-bas, ils bougent, ils marchent, ils se dépensent, ils sortent, ce qui est différent d'ici ! »*

M09 : « *j'avais beaucoup de projections sur l'alimentation parce que je fais beaucoup de visites. [...] C'est largement abordé dans tous les GEAP (Groupes d'échange et d'analyse de pratiques) que j'ai pu faire, avec mes internes parce que quand tu fais le truc multiculturel, t'as toujours le diabétique Maghrébin au moment du Ramadan. J'ai beaucoup d'internes qui sont musulmans. »*

5.2.2. Influencé par mon histoire de vie

Ils se basent aussi sur leur expérience personnelle pour adapter leur prise en charge. M01 déclare se baser sur le régime diabétique de son père. D'autres comme M02 et M05 déclarent se baser sur le rythme et l'alimentation qu'ils connaissent personnellement du Ramadan. M06 et M08 se basent sur leur immersion directe dans la culture maghrébine dans laquelle ils évoluent depuis leur naissance. M09 souligne la générosité des maghrébins qu'il a vécu en ayant reçus de nombreuses denrées alimentaires. Ce dernier évoque aussi la mixité de certains couples et en déduit que l'alimentation est peut-être influencée par l'origine ethnique de celui ou celle qui cuisine. Et que de ce fait on épouse peut-être l'alimentation de l'autre ce dont il faudrait tenir compte à son sens.

M01 : « On va plutôt parler d'adaptation alimentaire [...] Alors c'est biaisé, moi mon père était diabétique. Depuis que je suis née, en fin de compte euh, moi ma norme, dans ma tête c'est le régime diabétique, puisque moi j'ai été élevée comme ça. Donc ma norme à moi c'est une alimentation dans laquelle il y a toujours des féculents, des légumes verts »

M02 : « Je leur dis « Si vous prenez vos dattes, c'est votre apport de sucre et après vous mangez votre soupe. Petit à petit vous attendez un peu, je sais qu'il y a les moments de prières etc et après de faire un repas assez équilibré. »

M05 : « Mon ancien colloc' était marocain, on faisait le thé marocain dans sa théière, je le voyais mettre 200g de sucres dedans. Je me dis que voilà je serai plus vigilante sur comment ils sucent le thé [...] il y en a beaucoup qui mangent très sainement pendant le Ramadan, bah une collègue à laquelle je pense, et qui disent que « le Ramadan c'est pour me purifier, je vais apporter à mon corps des bonnes choses », faire un reset, repartir à zéro mais voilà j'ai d'autres amies chez qui c'est la grosse fête. Ils mangent beaucoup de pizzas, de gâteaux. J'ai essayé une journée de jeûne avec ma meilleure amie, puis ensuite le ftour c'est sur un peu de temps, on mange beaucoup. »

M06 : « dans notre culture maghrébine, on consomme beaucoup de pain. Je dis « nous » car moi aussi je maghrébin d'origine « rire ». »

M08 : « c'est plus simple pour moi car je viens du même endroit qu'eux donc leur mode de vie je le connais par cœur. »

M09 : « là aussi qu'il y a un biais de désirabilité quoi, ils disent tous qu'ils font la cuisine, etc... Mais quand on est dans un supermarché dans les rayons de plats cuisinés, on se dit bien qu'il y a quelqu'un qui les achète quoi ! [...] je n'avais pas beaucoup de famille mais elles m'ont toujours beaucoup donné à manger »

M09 : « Il y a un côté de mixité des couples aussi. J'ai pas mal de de couples. Je pense à cette famille là en France, les petits enfants dans « cite la région » se sont mariés à des gens qui n'étaient pas originaires de Maghreb. [...] Je crois qu'on épouse aussi l'alimentation de son épouse, peut-être, je sais pas »

5.3. Devoir déontologique

5.3.1. Non discrimination(38)

Le médecin M05 évoque le principe de non-discrimination qui fait clairement référence à l'article 7 du code de déontologie médicale et R.4127-7 du code de la santé publique.

M05 : « ! Je pense qu'il n'y a pas de soucis à ce qu'ils en parlent, j'ai pas envie de les juger. C'est comme tout quoi, les gens de campagnes je suis sure qu'ils n'ont pas envie d'être jugés par leur médecin »

5.3.2. Primum non nocere (littéralement « en premier, ne pas nuire »)

Cette notion rejoint l'article 40 du code de déontologie médicale ou encore l'article R.4127-40 du code de la santé publique.(39) Plusieurs confrères évoquent directement ou indirectement le principe de « non-malfaisance » à défaut de pouvoir établir des règles hygiéno-diététiques et/ou thérapeutiques strictes. Cela peut passer par le fait de tolérer des repas riches en l'absence de grignotage comme le déclare M02. Ce principe se manifeste aussi au cours de la période du Ramadan où à défaut de pouvoir l'interdire à certains patients, des confrères comme M03, M04, M06 et M07 réadaptent les traitements pour éviter autant que possible les hypoglycémies (plus délétères à court terme pour le patient) à défaut de pouvoir éviter les pics glycémiques induits par le jeûne.

M02 : « Je commence personnellement comme ça, c'est déjà stopper le grignotage, tu gardes tes repas même s'ils sont un peu gras, je le comprends, je le conçois si tu ne peux pas stopper ça d'un coup. Par contre, on stoppe le grignotage et on stoppe la partie goûter. »

M03 : « Là pour ce qui est de l'insuline j'essaye de faire comprendre que le Ramadan c'est pas souhaitable dans son application complète quoi, et qu'il faut vraiment surveiller les glycémies capillaires de manière beaucoup plus rapprocher, pour éviter les hypoglycémies. Donc bah c'est des gens qu'on va suivre de près, bien expliquer les tenants et les aboutissants. [...] Pour ce qui est des traitements on fait souvent des prescriptions en amont de façon à ce qu'ils aient les stocks pour la période quoi. »

M04 : « j'essaie de délivrer des messages très simple car après je m'assure que le peu que j'ai dit soit compris. [...] Dans ces cas-là on essaye de discuter pour mettre en place 2-3 règles qui soient réalisables, pour équilibrer leur alimentation sur place en fait. (Concernant les vacances au bled) [...] Sur des patients très déséquilibrés, effectivement, j'essaye de diminuer surtout les sucres rapides dans cette période-là (Ramadan) et puis parfois bah effectivement j'adapte les traitements hypoglycémiants, l'insuline sur ces moments-là avec une surveillance un peu plus accrue. Chez les patients avec de l'insuline on va faire une surveillance un peu plus accrue aussi en donnant les signes d'hypoglycémie pour pas hésiter à contrôler (la glycémie) dans la journée. »

M06 : « après nous on ne peut pas imposer quoi que ce soit aux patients. A part leur expliquer à quel point c'est très dangereux. »

M07 : « que s'il y a un souci, il faut qu'ils rompent le Ramadan et leur expliquer comment faire pour bien doser leur insuline qu'ils puissent faire »

M08 : « Donc là on ne fait que limiter la casse, moi je fais avec les moyens du bord. C'est à dire que moi j'ai arrêté de vouloir...c'est-à-dire qu'on est jeune et qu'on se dit « Bah moi je vais sauver le monde ! ». [...] si je vois que quelqu'un qui est sous sulfamides et qui veut absolument faire le Ramadan et que je dise oui ou non, je vais m'adapter, je vais remplacer ce médicament notamment par du NOVONORM qui a une ½ vie beaucoup plus courte avec un risque d'hypoglycémie beaucoup plus faible. [...] et je m'adapte hein ! Je ne peux pas les forcer ! Je préfère limiter la casse si vous voulez. »

5.3.3. J'établis une alliance thérapeutique (Colloque singulier)

Pour reprendre un article du Cairn : *« Le colloque singulier est, dans son acception première, la relation bilatérale et protégée, en confiance, du médecin et de son patient. Selon une expression fréquemment prêtée à Hippocrate, c'est « la rencontre d'une confiance et d'une conscience ». Cette notion est essentielle dans la pratique hippocratique qui voit le médecin et le patient comme des alliés dans l'observation, le pronostic et éventuellement le traitement de la maladie perçue comme une crise dans la vie du patient. »* (40)

Le principe de colloque singulier serait en partie régit par le code de déontologie médicale.(41) M01 parle du devoir déontologique de délivrance d'une « information loyale, claire et appropriée ». M02 déclare être habité par une responsabilité, vis-à-vis de ses patients, d'autant plus grande qu'il constitue le « Gatekeeper » (1^{er} recours). Les confrères interrogés, comme M01, M04, M05 mettent en avant le fait de tenir un maximum compte des envies du patient et de ne rien lui imposer. Il se servent d'outils comme l'éducation thérapeutique (ETP), l'entretien motivationnel pour ce faire ou encore de l'activité physique adaptée.

M01 : *« Donner une information en rapport avec leur capacité de compréhension et pas d'être directif. [...] je leur dis mes connaissances, que j'essaye d'adapter à leur niveau de compréhension [...] Je pense que le médecin ne doit jamais imposer, la seule chose c'est d'avoir la connaissance pour pouvoir expliquer aux gens quand ils en ont envie »*

M02 : *« je pars du principe, que nous les médecins généralistes, nous sommes la 1ere porte d'entrée et que donc c'est à moi de faire mon travail jusqu'au bout »*

M04 : *« Quand ils sont déséquilibrés, j'essaye de voir comment eux envisagent les choses, comment eux ils pensent que ça va se passer, qu'est-ce que ça va changer dans leur alimentation, dans leur activité physique [...] Je pense que ça fait partie de notre rôle, euh de faire de l'éducation thérapeutique, avec l'accord du patient bien sûr. »*

M05 : *« ensuite voir eux ce qu'ils évaluent comme étant bien ou pas bien dans leur alimentation, et puis après leur demander ce que vous vous aimeriez changer, pour après faire de l'entretien motivationnel »*

M06 : *« Donc j'insiste sur l'activité physique et le régime alimentaire qui est un grand sujet chez la personne de culture maghrébine. [...] maintenant il y a le certificat d'activité physique adaptée et remboursé. Il y a des salles de sports même, qui sont remboursées auprès de la sécu »*

En l'absence de recommandations spécifiques, des confrères s'adaptent en se renseignant dans la littérature ou dans les médias concernant la culture de leurs patients, comme M06, M07 et M08. Les stratégies d'adaptation passent aussi par l'enquête réalisée auprès de leur patient, dans un processus dynamique où les soignants s'enquière des envies, des connaissances des soignés, comme M08, M09.

M06 : *« Parce que justement, ces dames qui viennent d'Afrique noire elles me disent « Ah oui vous connaissez, ah oui d'accord je vais faire attention ! » quand je leur dis que l'igname provoque plus d'hyper glycémie que la pommes de terre. Là elles sentent que je leur parle plus à elle et pas juste des trucs généraux. Donc voilà, ce que je ne sais pas sur leur alimentation pour mieux les conseillers, qu'ils se sentent écoutés et reconnus, voilà « on me parle à moi et pas à l'autre qui mange différent de moi. »*

M07 : *« Et puis ça va être de savoir s'ils sont berbères ou arabe et leur religion s'ils sont musulmans. Cela ne va pas avoir le même impact que le chrétien qui fait le carême etc.... et ça va modifier leur approche des choses et pour faire des RHD [...] Je fais une première fois des conseils, donc ça va être de questionner ce qu'ils consomment en sucres en gras, de savoir les plats typiques qu'ils font. »*

M07 *« j'ai lu une source d'information très intéressante un livre qui se nomme « La 3^e médecine » sur les maladie chroniques et le fait de bien les prendre en charge en médecine générale. Une des questions était justement « Est-il possible de faire le Ramadan en étant diabétique, notamment en étant diabétique insulino-dépendant ? », et c'est écrit que « oui ». [...] de demander à ce qu'une personne de la famille qui sera présente à leur côté lors du Ramadan pour leur donner des signes sur l'hyperglycémie*

ou l'hypoglycémie pour que si le patient lui-même ne se rend pas compte forcément, bah qu'il y ait une personne de l'entourage qui lui dise « écoute tu ne vas pas bien, tant pis t'as déjà tenu jusqu'à telle date le Ramadan, c'est déjà très bien, rompt le et puis on réessaiera l'année prochaine [...] bah c'est l'intérêt de la médecine générale comme on peut revoir le patient souvent, on peut les revoir dans un mois dans un temps dédié et dire là il y a un souci, qu'il faudra rediscuter avec lui »

M08 : « J'envisageais de faire dans les années qui viennent un atelier d'ETP, euh...faire plusieurs groupes justement pour leur expliquer [...] Il faut laisser le temps au patient de s'exprimer sur son vécu, le ou les pathologies qu'il a, comment il les perçoit, qu'est-ce qu'il en connaît, qu'est-ce qu'il sait, qu'est-ce qu'il veut. Et donc il faut se fixer avec le patient au décours de ces consultations d'entretiens motivationnels des objectifs tenables. »

M09 : « Je ne fais pas un déroulé de conseils, de trucs stéréotypés, parce que de toute façon je me dis que ne ça sert à rien qu'il ne va pas retenir la moitié [...] J'ai appris autre chose finalement, au fil de mon exercice. Essayer de me repositionner sur..., de comprendre l'attente. »

Certains, comme M08 ou M09, n'hésitent pas à réaliser un carnet alimentaire afin de donner des consignes personnalisées pour le régime diététique.

M08 : « Donc si on parle que de la nutrition, je pars d'un carnet alimentaire, 4 jours de carnet alimentaire. Il y a le matin au réveil, dans la matinée, le midi, en milieu d'après-midi, en fin de journée, au repas du soir, dans la nuit [...] Souvent je leur demande 2 jours de semaine et 2 jours de week-end, le week-end on mange différemment de la semaine. Ça permet de voir un petit peu d'où ils partent. Il y a dans les cases, le ressenti si grignotage »

M09 : « Ce qui m'intéresse surtout c'est pas, au-delà de de donner des conseils, c'est de connaître les habitudes alimentaires des gens. »

M07 et M09 mettent un point d'honneur sur la construction d'un lien de confiance qui serait la clé pour un changement de comportement alimentaire. Cela passe par le fait de ne pas culpabiliser, ou infantiliser le patient, avec l'espoir que ce dernier se confiera ouvertement auprès du médecin.

M07 : « *Ensuite ça va être de créer une relation de confiance, ce qui va être important pour modifier le comportement des gens [...] d'être plus dans une approche entretien motivationnel, entretien positif quoi [...] donc la problématique va être ça « Comment voir au fur et à mesure que ça a un impact, et continuer à garder la relation de confiance avec le patient pour qu'il n'hésite pas à nous en parler, et lui dire qu'on ne va pas lui taper sur les doigts car ça ne pas être notre objectif, mais ça va être vraiment pour l'accompagner, pour qu'ils domptent leur diabète »*

M09 : « *Beaucoup de culpabilité. En premier, c'est de déculpabiliser, parce que les gens, ils croient toujours qu'ils font mal. Ils font pas forcément mal, ils font comme ils font. On ne leur a pas appris quoi. [...] Moi c'est d'essayer d'échanger avec eux, de rester vraiment dans notre relation de confiance. Et puis leur dire voilà, de toute façon, c'est pas très facile, c'est facile pour personne. »*

Certains se positionnent clairement comme partenaire de soins. A ce titre, ils évoquent l'association à deux pour affronter ensemble un ennemi commun : la maladie.

M07 : « *toujours que moi je suis là dans le sens que d'accompagner mais je suis pas là pour leur dire c'est bien, c'est mal ! »*

M08 : « *mais c'est un accompagnement de toute une vie, c'est sur du long terme »*

5.4. Des pratiques religieuses / culturelles comme partenaires de santé

5.4.1. Ramadan / jeûne intermittent

Certains médecins évoquent leur vision sanitaire de la religion et y voit un allié pour la santé, comme le jeûne du Ramadan, en le comparant au jeûne intermittent. D'autres, comme M01, n'y voient pas de contrainte et évoquent la possibilité de reporter le jeûne à un autre moment si le patient se retrouve dans l'obligation de se resucrifier.

M01 : « *Franchement il y a assez de moyens dans le Ramadan, si je tombe en hypoglycémie pour être assez intelligent pour se dire je suis en hypo je prends quelque chose et puis je rattrape un jour derrière.* »

M02 : « *En fait, quand moi j'en parle, c'est quand on va se rapprocher du Ramadan. C'est à la mode en ce moment en plus avec le jeûne intermittent* »

M03 : « *ma vision de la religion est sanitaire. Je suis athée. Je suis convaincu que en fait ça a été le moyen pour nos ancêtres de mettre en place une politique sanitaire, de la transmettre auprès des populations. Ça va du jeûne du Ramadan, donc dans nos cultures catholiques, on a des équivalents comme le carême. Ça va être la viande de porc qui est évitée dans ces pays-là car elle est pourvoyeuse de transmission de maladie quand elle est insuffisamment cuite, ça va être la circoncision qui a une composante un peu hygiénique aussi [...] On pourrait aller plus loin, jeûner un jour par semaine, pourquoi pas. Euh, on peut imaginer que le corps ait besoin d'un espère de wash out, comme ça hebdomadaire* »

Le confrère M08 n'hésite pas à utiliser comme ressources les représentants religieux afin de faire appliquer la dispense du jeûne du Ramadan à ceux qui sont malades, conformément aux textes religieux.

M08 : « *Je me suis déjà appuyée sur l'imam du coin pour faire un rappel avant pour leur expliquer que si le médecin musulman ou pas musulman, vous dit de ne pas faire le Ramadan, vous ne le faites pas.* » ou « *je joue sur leur foi en leur disant ce n'est pas les commandements de Dieu, puisque Dieu vous a donné la pathologie vous ne l'acceptez pas et vous jeûner donc vous ne respectez pas votre corps. Votre corps a des droits sur ce que vous décidez vous-même, donc il les réclamera dans l'au-delà.* »

5.4.2. Certaines pratiques alimentaires

Certains confrères déclarent avoir la sensation que la base alimentaire de la patientèle maghrébine est plutôt saine et peu voire pas transformée. Cette nourriture serait à moindre mesure, tout à fait compatible avec un régime diabétique.

M03 : « les plats salés on a l'impression que c'est plutôt diététique, puisque c'est pas mal basé sur les légumes, la viande euh bon... elle est pas...alors est-ce que la viande de mouton est particulièrement grasse ? ... enfin faut quand même en manger beaucoup pour euh avoir les apports caloriques.... C'est pas des plats en sauce en fait hein »

M04 : « J'ai l'impression qu'il y a plus de féculents, mais plus souvent une cuisine non transformée euh voilà, en tout cas sur les patients que j'identifie comme ça, comme maghrébins. »

M07 : « Beaucoup de légumes chez la population arabe et berbère et donc j'avais regardé. Beaucoup de fruit mais ça va être des agrumes [...] Après c'est la question des proportions, j'ai l'impression que c'est plus ça au final que c'est plus ça la question, que la qualité de l'alimentation qui est. Quand on compare à la charcuterie française, de meilleure qualité »

M08 : « au niveau des modalités alimentaires, nous, au Maghreb, on a une alimentation très riche, très variée. Il y a parfaitement la possibilité d'avoir un régime alimentaire qui est compatible avec le diabète. [...] Et le régime méditerranéen c'est le nôtre hein ! »

M09 : « le reste du temps, je pense qu'il y a une consommation beaucoup plus importante de légumes, de choses comme ça donc je pense qu'il faut dissocier la fête, qui est une représentation [...] je connais pas bien l'alimentation en dehors des fêtes, donc pour moi il y a moins de viande et plus de légumes, et puis des céréales bien sûr, voilà ! Je projette pas l'alimentation des fêtes à l'alimentation habituelle quoi. »

6. Carte mentale : Le ressenti des médecins

L'arbre thématique ou « carte mentale » nous permet de présenter de façon synthétique et ordonnée, les différents thèmes retrouvés au cours de nos entretiens médecins. Ainsi, nous pouvons percevoir une vue d'ensemble de nos données, par ce biais. Le fait de présenter les résultats sous cette forme, nous donne l'impression que les thèmes sur les représentations socio-culturelles et le renoncement sont très présents.



RESULTATS :
LE RESSENTI DES
PATIENTS

Résultats : Le ressenti des patients.

1. Caractéristiques des patients interrogés

Individu	Groupe d'âge	Sexe	Pays de naissance	Pays d'origine	Date du diagnostic	Catégorie socio professionnelle
Patient 01	Plus de 60 ans	Femme	Maroc	Maroc	Moins de 5 ans	Retraité
Patient 02	Entre 50 ans et 60 ans	Femme	Maroc	Maroc	Plus de 10 ans	Sans emploi
Patient 03	Moins de 50 ans	Homme	France	Maroc	Moins de 5 ans	Ingénieur en génie civile
Patient 04	Moins de 50 ans	Homme	France	Maroc	Plus de 10 ans	Ingénieur Informatique
Patient 05	Moins de 50 ans	Femme	France	Algérie	Plus de 10 ans	Conseillère en marketing
Patient 06	Entre 50 ans et 60 ans	Femme	Maroc	Maroc	Entre 5 ans et 10 ans	Femme de ménage
Patient 07	Entre 50 ans et 60 ans	Femme	Algérie	Algérie	Moins de 5 ans	Assistante maternelle
Patient 08	Moins de 50 ans	Femme	Algérie	Algérie	Moins de 5 ans	ATSEM
Patient 09	Moins de 50 ans	Femme	Algérie	Algérie	Moins de 5 ans	Technicienne d'usine

Tableau 2 : Caractéristiques des patients

2. INCOMPREHENSION / DENI

2.1. Se sentir incompris

Les patients interrogés ont le sentiment que leur médecin pourrait sous-estimer l'impact du diabète sur leur quotidien. Selon eux, le médecin semble considérer cette maladie comme une réalité uniquement lors des consultations, alors qu'il s'agirait plutôt d'une maladie impactant leur vie quotidienne. Ce ressenti peut alors se traduire comme un sentiment d'incompréhension.

P08 : « Ça dépend parce que quelquefois j'ai l'impression qu'il pense que le diabète, je l'ai seulement quand je vais le voir. Alors que je l'ai tous les jours. »

2.1.1. Sentiments de critères de suivis factuels

2.1.1.1. Poids

Pour les patients, le poids est souvent perçu comme un critère central du médecin lors de la consultation. Mis en avant fréquemment par leur médecin, le poids illustre une diversité de réponses chez les patients. Certains estiment que le poids est la clé pour « guérir » du diabète, tandis que d'autre remettent en question cette relation en soulignant des exemples personnels qui la contredisent.

P01 : « Il m'a dit d'essayer de perdre du poids pour arrêter justement, le médicament pour le sucre, »

P02 : « Mon poids il ne change pas, ma tension est très bien. Et donc il me dit que tout va très bien alors. »

P05 : « C'est vrai on aime bien manger mais le diabète ce n'est pas parce qu'on est en surpoids ou autre. Moi j'ai ma cousine elle faisait une taille 34 mais elle était diabétique à l'âge de 5 ans. Vous voyez ce que je veux dire donc c'est ça. »

P07 « Ou il va dire surtout de faire attention avec le poids. Mais il ne va rien dire d'autre. (Silence). »

P08 : « Donc il m'a conseillé de surtout faire attention à mon poids »

2.1.1.2. Prise de Sang

La prise de sang est également perçue comme un critère central dans la consultation autour du diabète tant du point de vue du médecin que du patient. La prise de sang est alors un critère évaluant la bonne conduite diététique de la part du patient tout en ne limitant la consultation qu'à celle-ci. En soulignant le caractère « routinier » de cette approche factuelle, cela suscite alors un mécontentement du patient qui souhaiterait une interaction plus significative ainsi qu'une prise en compte de leurs préoccupations individuelles.

P08 : « S'il voit que mes prises de sang elles sont bien, que je ne me plains pas, que le poids diminue, à mon avis il sera content. »

P06 : « Qu'il parle plus, qu'il donne son avis, par exemple j'ai fait une prise de sang je pars le voir il marque tout de suite le médicament, il voit la tension et après c'est tout »

P06 : « Déjà il ne laisse pas la chance de parler avec lui vous voyez, dès que tu rentres dans son bureau tu lui donnes à lui le résultat (Prise de sang) et il marque les médicaments que t'as besoin. »

P09 : « Vraiment vraiment non, il donne des médicaments, il regarde les analyses si ça a augmenté il rajuste la dose, c'est tout comme ça la routine. »

2.1.2. Manque d'explications

Les patients expriment un besoin important de communication et d'information plus profondes de la part de leurs médecins. Des patients soulignent le manque de temps comme probable limitante à des échanges qui pourraient être plus riches. Néanmoins ils insistent sur le besoin de recevoir des conseils spécifiques et pertinents pour mieux gérer leur diabète. Certains patients estiment que des informations diététiques spécifiques et adaptées pendant les premières étapes de leur maladie auraient limité l'impact de la maladie au quotidien. Les consignes alimentaires sont jugées comme trop théoriques et ne reflétant pas leur réalité.

P01 : « Euh surtout le régime, tout le médecin qui donne des régimes à leur patiente. Moi ce qui m'intéresse c'est qui me donne le régime pour perdre le poids. Qu'est-ce qu'il faut manger, ce qu'il faut pas manger pour arrêter de grossir. Est-ce que c'est le traitement qui me fait grossir ? Je sais pas. C'est toujours flou dans ma tête. »

P04 : « Quand on prend de l'âge c'est encore plus qu'une maladie mais une épée de Damoclès. Et contrairement à mon médecin généraliste, peu importe le niveau socio culturel de votre patient, il est important de ne pas surestimer nos connaissances sur l'alimentation. »

P04 : « Sur la nutrition le médecin doit prendre le temps de nous expliquer les choses simples. Comme les repas préparés, les conserves, les aliments ultra transformés, qui sont plus des anti-santé que de la nourriture soutenant la vie. »

P04 : « Euh les messages sont fréquents, c'est de bonne volonté, c'est une bonne intention, mais malheureusement au bout d'un moment, ce sont les mêmes messages qui se répètent. Ils ne creusent pas plus que ça, par manque de temps je suppose. Mais après je me dis finalement qu'on ne vous apprend rien. »

P06 : « Je vous dis quelque chose mon fils, mon médecin c'est un médecin agréable gentil tout ce qu'il faut, mais il ne parle pas. Le patient il a besoin de conseils de quelqu'un qui parle avec lui. Il faut qu'il parle de tout et qu'il prend le temps de parler. »

P09 : « Il ne dit rien du tout, il ne renseigne rien du tout, il me dit manger cru, éviter le gras, éviter le sucre, pas plus que ça »

P09 : « Si j'avais eu beaucoup de renseignements à l'avance je ne serais pas dans cette situation. »

2.2. Recherche d'explications

2.2.1. Croyances profanes

2.2.1.1. Avoir le bon ou le mauvais diabète

2.2.1.1.1. Peur de la piqûre = Mauvais diabète avec Insuline

Pour certains patients, il existe différents degrés de diabète. Ces différences sont conditionnées par la présence ou l'absence d'insuline. Cette croyance s'exprime sous la peur de « la piqûre » qui représente le niveau le plus grave de la maladie. On parle alors de « Mauvais diabète ».

P02 : « Euh je vois pas, après ça il faudrait voir avec des gens qui sont vraiment (malade)..... (Silence) Apparemment il y en a qui se réveillent dans la nuit et euh... ils sont... limites ils tombent dans le coma. [...] C'est le diabète sévère, ils sont sous insulines, avec des cachets moi ça va Al Hamdolillah (Dieu soit loué). »

P03 : « Par exemple, mon père ne fait plus le Ramadan, parce qu'il est sous insuline... Ce qui fait très peur chez moi (rire). Il y a des piqûres tous les jours donc c'est le mauvais diabète »

P06 « Quelquefois ce n'est pas facile mais j'ai peur que je tombe sur l'insuline. »

P09 : « Mais je n'aime pas me faire piquer à l'insuline, je ne veux pas ça. Ça me fait très peur. »

2.2.1.1.2. Pas de pique = Petit diabète = Bon diabète

Pour certains patients, cette absence d'insuline, est perçue comme une bénédiction dans un mal. Ce diabète ressenti comme étant moins grave a alors un impact sur leur perception de la maladie et donc sur certaines pratiques telles que le jeûne du mois du Ramadan.

P03 : « Moi j'ai le petit diabète (rire)... Je n'ai que de la Metformine (rire) »

P06 : « Maintenant je suis à 1000 mg, mais Al Hamdolilah (Dieu soit loué) je n'ai pas d'insuline ».

2.2.1.2. La maladie existe avec les médicaments

2.2.1.2.1. Je n'ai plus de contrôle sur ce que je prends

L'instauration du traitement associé à l'augmentation des doses est perçue comme une perte de contrôle. L'acceptation du diagnostic est alors confrontée à la peur de la maladie. Cette souffrance peut amener le patient à une envie de fuir ce diagnostic avec notamment le retour au pays comme une échappatoire possible. Cependant, devant cette nouvelle réalité qu'est le diabète, le seul moyen de reprendre le contrôle sur soi pour se sentir mieux est l'alimentation.

P09 : « Le médecin m'a dit que je devais prendre des médicaments, que je ne devais pas rester comme ça. Les deux premiers mois je suis parti en vacances, j'ai pas bu (pris les médicaments) car j'avais peur. Après au retour, je me suis dit qu'il fallait

que je fasse une autre prise de sang au mois de septembre, le médecin généraliste m'a dit que je devais prendre le médicament, obligé ! Au début c'était 2 grammes de Metformine, puis elle a augmenté la dose. A ce moment-là, j'avais peur. »

P09 : « Au début j'ai commencé avec 500mg mais maintenant comme le diabète a augmenté, il a augmenté la dose je suis arrivé avec 6 comprimés tous les jours. Alors que moi je souffre, alors c'est moi qui gère les choses. Je gère ce que je mange pour me sentir mieux. »

P09 : « Maintenant ma dose de médicament a augmenté, au début je n'arrivais pas à gérer les choses »

2.2.2. Médias maghrébins/Internet

Au cours des entretiens, on note que les patients essaient de combler leur manque de connaissance en s'éduquant sur leur pathologie via différentes sources. Internet joue un rôle majeur pour les patients en leur permettant d'en apprendre plus sur leur diabète. Cela leur permet ainsi d'acquérir une certaine autonomie dans la gestion de leur maladie. Par ailleurs, on note également l'importance des médias maghrébins pour répondre à des questions d'ordre culturel qui leurs sont spécifiques, comme la pratique du jeûne du mois du Ramadan et le diabète.

P04 : « Maintenant avec les moyens d'internet, y'a du bon et du mauvais ça je le sais, on apprend avec sa prise de conscience. »

P06 : « Aussi, j'entends ça à la TV marocaine (qu'il ne faut pas faire le Ramadan) »

P07 : « En plus je suis une personne qui me renseigne beaucoup. J'aime bien suivre les découvertes sur la médecine que ce soit sur internet ou à la TV. »

P09 : « La glycémie a fait une chute, mais je n'ai pas beaucoup de renseignements sur le diabète. J'avais très peur et je tremblais. Je me suis dit que je ne peux pas rester toute ma vie comme ça, alors j'ai fait des recherches sur internet pour me renseigner. »

2.2.3. Autres intervenants

2.2.3.1. Diététiciens

Face à cette recherche d'informations, les patients n'hésitent pas à se rapprocher d'autres intervenants. La diététicienne en l'occurrence est une ressource fiable et facilement accessible pour les patients. Leurs conseils complètent et approfondissent le régime souvent initié par l'omnipraticien. Cette prise en charge conjointe leur donne le sentiment que les consignes délivrées sont davantage personnalisées et donc plus intelligibles.

*P08 : « Il m'a pas parlé des quantités parce que moi j'ai vu ça avec ***** (prénom de la diététicienne), ça n'allait pas au niveau des quantités. Ce n'est pas une alimentation équilibrée. Le médecin m'a dit de faire un régime, mais au final, ça revient à l'alimentation équilibré pour la diététicienne. »*

P09 : « Je me suis renseigné plus avec S. une diététicienne, elle me donne les doses des assiettes, des régimes spéciaux, elle m'a donné des livres, diminuer les repas, les patates par exemple 6 cuillères pas plus. »

2.2.3.2. Structures éducatives

Les structures éducatives, pour certains patients, sont également une ressource de choix pour prendre en charge leur diabète dans sa globalité. Cela se fait par le biais d'une hospitalisation de jour ou complète, ce qui leur donne le sentiment de bénéficier de soins optimaux. Dans ce cadre, la gestion directe de leur repas les satisfait. Par la suite, les diabétiques ne trouvent parfois plus d'intérêt à être suivi par leur médecin traitant au vu des bénéfices apportés par la structure éducative.

P07 : « j'ai pris beaucoup de poids donc du coup je me suis décidé de rentrer au centre d'éducation thérapeutique [...] Ce n'est pas mon médecin traitant (qui aborde l'alimentation). Je ne le vois pas beaucoup vu que je suis suivi sur le centre (qui gère ses repas). »

2.2.4. Communauté ethnique ou religieuse

2.2.4.1. Imam, mosquée

Au cours des entretiens, les patients soutiennent que la religion privilégie le respect des besoins de santé individuel et donc la nécessité d'écouter les consignes de leur médecin. Pour eux, il y aurait une synergie entre les commandements religieux liées à la santé et les consignes du médecin. Cela renforce leur confiance du médecin concernant les conseils apportés. La santé et la vie prévalent sur toute pratique religieuse, comme le jeûne du mois de Ramadan qui peut ne pas être compatible avec le diabète.

P05 : « Parce qu'on nous dit à la mosquée de demander des conseils aux médecins et d'écouter leur avis avant tout. »

P06 : « je sais très bien car l'imam il a dit tout ça. Ça, c'est écrit dans le coran que les gens qui sont malades, les femmes enceintes ou qui donnent le sein, ils ne doivent pas le faire (le Ramadan) [...] Oui, il n'est pas content quand il sait qu'on le fait. (Le Ramadan) »

2.2.4.2. Amis, famille

Pour les patients, les amis et surtout la famille sont des ressources précieuses dans le respect des consignes diététiques. Au contraire l'isolement leur semble délétère d'une part à cause de la baisse de l'activité physique et d'autre part à cause d'une alimentation moins saine.

P06 : « Bah on est tout seul, on ne sort pas beaucoup. Donc on ne mange pas les bonnes choses. Si on était en famille, alors ils m'aideraient un peu à faire attention. [...] Parce que j'ai des cousines au Maroc qui ont le diabète. On ferait attention ensemble. »

2.3. Fatalité

2.3.1. Secondaire aux événements de vie difficiles : Un « Diabète de choc »

2.3.1.1. Stress

Les participants soulignent tous l'impact du stress sur leur diabète et expriment que son apparition est en grande partie sa conséquence. Cependant ils déplorent le manque de considération de ce mal-être par leur généraliste. Une insatisfaction naît alors chez les patients. Ils estiment que le médecin doit intégrer les aspects psychologiques et émotionnels dans sa prise en charge et ne pas se baser uniquement sur des critères qu'ils jugent parfois secondaires comme l'alimentation et le poids.

P02 : C'est pas un diabète sévère, donc moi franchement non je peux le contrôler. Si je mange mes repas normaux franchement mon sucre est normal. Mais après vous savez des fois, quand tu t'énerves au plus profond de toi-même pour un oui ou pour un non euh.... (Soupire puis silence) ça, ça joue aussi. »

P03 : « J'ai fait n'importe quoi, j'ai laissé le travail me bouffer, et voilà le résultat. [...] parce que je broyais vraiment du noir. Ma vie n'était pas toute rose, et j'avais l'impression que c'était un peu une punition, enfin un peu la conséquence de beaucoup d'erreurs (silence). »

P04 : « Vous savez ce diabète ne vient pas de nulle part. C'est la finalité d'un mauvais rythme de vie que j'avais. [...] C'est à dire je travaillais trop et le stress, l'angoisse et tout ce qu'on veut. Tout ce qui nuit gravement au corps avec le travail de nuit, l'absence de week-end. Comme une sorte d'hyper activité ça amplifie tout. La finalité de tout cela, s'exprime au niveau des problèmes de santé. »

P05 : « Le moral c'est très important aussi. Oui quand je suis bien, quand je ne suis pas bien, la fatigue voilà, quand je suis stressée. Enfin je ne suis pas médecin mais je pense pas qu'il y a que la nourriture qui joue avec le diabète. »

P06 : « il voit la tension et après c'est tout, Je ne sais pas. Il pourrait me demander si j'ai du stress. »

P08 : « Après moi mon problème c'est le stress. [...] Mais si le stress est là je commence à reprendre mes habitudes. [...] Et il me parle jamais du stress alors que c'est pas bon pour le diabète. [...] Mais le stress ce n'est pas bon, c'est à cause de ça que j'ai le diabète. »

2.3.1.2. Traumatismes

Plusieurs patients évoquent le lien de causalité entre leur passé difficile et le développement du diabète. Certains patients emploient même le terme de « diabète de choc. ». Pour eux, l'alimentation et la génétique ne jouent qu'un rôle secondaire dans l'apparition de la maladie. De ce fait, ils évoquent alors ressentir un sentiment d'incompréhension de la part du médecin qui ne donne pas assez de crédit ou n'interroge pas assez leurs souffrances.

P04 : « Moi ce que j'aurais souhaité. (Silence) Ce dont j'aurais eu besoin c'est plus de quelqu'un qui détecte le problème que j'ai quoi. Mais mes vrais problèmes, qui je pense, sont la cause de mon diabète actuelle. J'aurais aimé qu'il détecte ces sacrifices, du moins familial et émotionnel. »

P04 : « Moi j'étais jeune, j'ai eu un passage en foyer sur de faux signalements faits par je ne sais qui. On nous fait croire que nous avons été victimes de choses fausses. On ne sait plus ce qui est vrai ou faux en tant qu'enfants jusqu'à ce que les enquêtes se terminent et qu'on puisse rentrer chez soi, mais les dégâts émotionnels sont faits. Des parents qui avec la langue différente ne comprennent pas ce qui se passe. »

P04 : « C'est l'essentiel de ma vie et la cause du diabète et autre j'en suis sûre. Ces blessures qui n'ont pas guérie. »

P04 : « (J'aurais souhaité) Qu'on me dise également que le vrai problème c'étaient les soucis familiaux. Ils ne l'ont pas vu et ça a eu des conséquences sur ma santé étant plus jeune. Je vivais un mal être constant qui s'exprimait sur des maladies à répétition. »

P04 : « Quand vous avez un traumatisme étant plus jeune, pendant 17 ans vous avez eu ce traumatisme et je sais parce que c'est dans ma jeunesse, et que c'est dans le corps. Et bah depuis cette souffrance vous vivez avec jusqu'à 40 ans, parce qu'en fait vous ne le dites à personne, vous continuez, vous travaillez dure pour ne pas y penser. Vous vous réfugiez dans le travail, ce qui occupe l'esprit. Vous mangez vite pour ne pas penser et vous n'avez pas conscience, vous continuez à vivre. Mais je comprends maintenant, je peux donc prendre soin de mon diabète. »

P07 : « Mais le problème c'est moi, car j'ai eu des hauts et des bas, des décès et tout ça donc je reprenais du poids au fur et à mesure donc voilà. C'est à cause de ça que je dois faire attention. C'est le choc voilà. »

P08 : « J'ai eu mon diabète à la suite d'un choc, lorsque ma fille a eu un accident. »

2.3.1.3. Covid et confinement

Par ailleurs, dans les événements récents ayant pu induire ce diabète, la notion de covid et de confinement apparaît dans les entretiens. Le manque d'activité, le sentiment d'emprisonnement, la « déprime » n'ont qu'accélééré l'apparition de ce diabète.

P01 : « Oui c'est toujours flou dans ma tête ? Je sais toujours pas pour ce qu'il faut faire. Ça fait 3 ans que j'ai le diabète. Je suis tombé dans le diabète pendant le confinement. »

P03 : « Depuis 2020. J'ai pris beaucoup de poids, avec le confinement, un peu de déprime sans doute, et le diabète en a profité. »

2.3.2. Maladie familiale

Pour les patients, le diabète est presque décrit comme une « malédiction familiale » qu'ils peuvent développer à tout moment. Cette idée est alimentée par le grand nombre de proches ayant développé la pathologie diabétique. Cette perception du diabète engendre alors un sentiment de « fatalité » de la maladie. Le diabète serait enraciné dans l'hérédité familiale, et influencerait donc la façon dont ils perçoivent le lien entre leur alimentation et leur diabète. La diététique n'est donc plus le vecteur principal de la maladie.

P03 : « Eh bien, (silence), on va dire que la génétique n'est pas tendre chez moi. Mon père est diabétique, et ma mère a du diabète chez ses sœurs. On est 4 enfants, et avec ma grande sœur, on est deux diabétiques. »

P05 : « Il y a beaucoup de diabétiques du côté de ma mère. Néanmoins on m'a dit que j'étais jeune que ça va le faire mais si dans votre famille il y a beaucoup de diabètes alors peut être que le diabète va s'installer un jour ou l'autre. »

P07 : « Comme on est une famille de diabétique, je ne sais pas, je peux vous dire (que nous sommes) 90% de diabétique. »

P08 : « J'ai de la famille du côté de ma maman qui sont diabétiques. J'ai des cousins qui sont en Algérie qui sont diabétiques et mon grand-père aussi. Mon père était diabétique. Surtout que j'ai de la famille qui ont le diabète côté maternel et paternel. Ça veut dire que je pouvais l'avoir »

2.4. Sentiment de devoir être un bon élève, le respect de celui qui sait.

Les patients sont conscients de la valeur des conseils de leur médecin. Ce dernier est vu comme une figure d'autorité sur leur santé. En reconnaissant ou en encourageant certains de leurs comportements, les patients l'interprètent comme une validation de leurs efforts, renforçant ainsi leur engagement face à la maladie.

P02 : « Lui, à chaque fois que j'y vais, il me dit que c'est très bien, il m'a dit de continuer comme ça. »

P08 : « Mais quand il me conseille c'est moi je dois écouter. Le problème ça vient de moi et pas du docteur. [...] C'est un médecin il faut le respecter il sait ce qu'il fait. C'est son travail haha. » [...] « Je ne grignote pas en ce moment, je fais beaucoup de marche. Il va dire que j'écoute bien et que je dois continuer mes efforts. »

2.4.1. Régime bien conduit mais les résultats ne le montrent pas

Il existe une grande déception face au manque ou à l'absence de résultats, malgré les efforts diététiques et comportementale mis en place par le patient. Cela peut parfois aboutir à un abandon des changements des pratiques alimentaires.

P03 : « Bah, j'ai pu perdre 8kg en 6 mois, donc j'étais vraiment fière. Mais la glycémie était encore plus haute. Pourtant j'étais à 15h de jeun. Donc c'était un peu la froide déception. (Silence) »

P09 : « C'est quoi mon problème parce que chaque 3 mois, 6 mois j'ai un contrôle qui était normal. C'était le top. J'ai commencé avec un régime, avec des légumes, elle a baissé. Exactement, par exemple moi j'ai fait une tasse de légumes vert concombre persil citron gingembre ensemble avec de l'eau et je mixe et je le bois pendant la journée je le fais deux trois fois par semaine »

2.5. Non acceptation de la maladie

Pour les patients, l'acceptation de la maladie est mise en difficulté pour de nombreuses raisons. Malgré la connaissance du diagnostic, les patients admettent que la perception floue entre les stades initiaux du diabète et le sentiment de bonne santé engendre un déni de la maladie. D'autant plus que le diagnostic de la maladie survient à un jeune âge ou avec un poids considéré comme « normal ». Par ailleurs le fait de ne pas se sentir en moins bonne santé que son entourage constitue une étape aggravant ce déni de la maladie. La patiente 05 estime que, malgré la connaissances des spécificités et la conscience des dégâts silencieux que causent le diabète, cette acceptation est complexe à réaliser devant l'absence de symptômes.

P04 : « J'ai appris mon diabète très tôt. A moins de 40 ans je n'ai jamais donné d'importance à ça. Sur le coup avec l'arrivée du diabète, on ne ressent pas de différence. On ne fait pas de différence entre la maladie et la santé. Alors je n'ai pas fait attention. Mais le médecin rentre en jeu et on continue de prendre les médicaments qu'on nous donne bêtement sans y faire plus attention. [...] Si on ne prend pas conscience (de la maladie). Avec des gens proches en bonne santé, on se laisse vivre comme d'habitude. »

P05 : « Même en la connaissant par cœur (via les proches malades), quand on a le diabète je pense que je ne suis pas la seule, mais on fait quand même un peu un déni de cette maladie. On veut vivre avec mais comme si la maladie n'était pas là en fait. C'est ça qui est un peu compliqué au début quand j'ai été diagnostiqué, c'était dur, on fait un peu un déni. »

P07 : « J'ai 59 ans et je tiens à vous rappeler que je ne suis pas pour le moment diabétique je suis prédiabétique. Et il va me dire que j'ai du diabète (malgré plusieurs glycémies supérieures à 1.26g/l) alors que c'est pas ça. A Théraé (Centre ETP) on m'a dit que c'est du prédiabète, donc c'est mieux si je parle avec eux. »

P09 : « je n'ai pas accepté mon diabète directement, pour moi c'était impossible, je n'acceptais pas mon diabète, pour moi c'était impossible je pesais 80kg je n'étais pas vraiment obèse, je perdais du poids et je reprenais... »

3. Régime Alimentaire trop théorique, pas assez spécifique

3.1. Double Culture alimentaire

3.1.1. J'ai une alimentation salée maghrébine

Au cours des entretiens, nous notons que les patients maghrébins ont une alimentation salée maghrébine caractérisée par des plats traditionnels comme les tajines essentiellement. Les tajines, ou plats en sauce à base de poissons, viandes ou légumes sont une composante significative de leurs habitudes alimentaires. Comprendre cela est donc crucial pour les médecins afin d'élaborer des recommandations alimentaires adaptées aux préférences de nombreux patients diabétiques d'origine maghrébine.

P03 : « Donc des plats au sauce, enfin des tajines essentiellement. Du poisson beaucoup, avec des sardines et anchois, de la dorade »

P05 : « On faisait malgré tout attention bien que si je peux me permettre, souvent moi j'adore la cuisine mais je cuisine des plats algérien »

P08 : « Vous savez moi je fais des tajines mais le reste je n'aime pas trop, si le repas est trop huileux, je ne vais pas manger. »

P09 : « Moi je mange beaucoup de légumes une fois tous les soirs presque. Les frites deux fois par semaine pour les enfants, je n'en mange pas beaucoup mais j'en mange avec eux quelques fois. Et les tajines 4 fois par semaine peut-être. »

3.1.2. Je préfère les desserts français

Bien que les patients maghrébins aient une alimentation salée maghrébine, ils affichent une préférence pour les desserts français. Cette préférence pour les dessert français est en opposition avec ce que leurs médecins pensent d'après eux.

P02 : « Les gâteaux arabes euh fffffff, quelques-uns mais je ne suis pas trop gâteaux moi. Ce n'est pas trop mon truc »

P05 : « (contrairement à ce qu'ils pensent) mais je suis pas trop makrout. Je suis plus brioche, tarte au citron mais je ne suis pas trop makrout (Rire) »

P07 : « Les Pâtisseries sucrées de chez moi seulement de temps en temps, si j'ai vraiment envie d'une pâtisserie j'achète un croissant, une portion, une brioche, qu'on vend par unité, mais j'essaye de limiter tout ça »

P08 : « Quand je suis stressée j'aime bien manger surtout les viennoiseries. Je n'aime pas trop les gâteaux de chez moi. Les gâteaux des Français sont mieux haha. Ce qui est dure avec moi ce sont les sucreries. Par exemple, j'aime bien le chocolat, donc je me mets au chocolat noir, ou quelquefois j'oublie au niveau des viennoiseries ou pâtisserie donc j'en prends un dans la semaine ou deux quelquefois jusqu'à trois. Surtout quand le stress est là »

3.1.3. J'épouse l'alimentation de mon conjoint

Néanmoins il est intéressant de noter que cette notion de double culture alimentaire, bien que présente chez la plupart des patients interrogés n'est pas la réalité de tous les patients. Le patient numéro 4 exprime le fait qu'il n'est pas influencé par une double culture alimentaire, mais qu'il a adopté l'alimentation de son épouse du « Berry ». Il décrit cela en soulignant le fait que les consignes diététiques qui lui ont été transmises, étaient en total inadéquation avec sa réalité.

P04 : « ils m'ont dit de faire attention aux tajines, aux couscous, au gâteaux sucrés marocains (rires). Alors oui, je mangeais de ça enfant avec mes parents. Mais mon épouse du Berry, qui fait la majorité des plats parce qu'elle cuisine mieux que moi, ne fait ni tajines ni couscous, ni d'autres plat typiques du Maroc. »

3.2. Consignes renvoyant à l'origine ethnique

3.2.1. Plats emblématiques

Pour les patients maghrébins interrogés, les consignes diététiques transmises par le médecin généraliste peuvent être considérées comme une stigmatisation. Le patient 4 exprime sa frustration en estimant que les consignes de son médecin sont « à côté de la plaque ». Ayant épousé l'alimentation de sa conjointe française du Berry, l'attention portée sur le couscous et les gâteaux sucrés sont déconnectés de sa réalité alimentaire.

P04 : « Les médecins, franchement, à mon humble avis... (Silence), je vais vous faire part de ma propre expérience depuis le début. C'est du vécu, donc excusez-moi hein, mais ils sont bien à côté de la plaque. Je le dis comme je pense. [...] A quel niveau ils sont à côté de la plaque ? ils m'ont dit de faire attention aux tajines, aux couscous, aux gâteaux sucrés marocains (rires). Alors oui je mangeais de ça, enfant avec mes parents. Mais mon épouse du Berry, qui fait la majorité des plats parce qu'elle cuisine mieux que moi, ne fait ni tajines ni couscous, ni autre plat typique du Maroc. »

Pour la patiente 5, les consignes alimentaires qui lui sont transmises sont perçues comme une stigmatisation liée à son origine maghrébine. Elle déclare que la mention de makrout, d'huile d'olive et autres plats typiques créent des situations où elle doit constamment se justifier sur sa véritable culture alimentaire. Elle craint, en réalité, que son surpoids et sa maladie soient attribués à des stéréotypes culturels plutôt qu'à ses réalités de santé.

P05 : « ça m'énerve parce que pour eux dès qu'ils entendent le Maghreb c'est « AH bah les makrout » oui mais moi je n'en mange jamais des makrout, je leur dis, donc à chaque fois on doit se justifier par rapport à ça parce qu'on est issu de l'immigration de ce Maghreb, là, donc nous c'est les makrout, c'est l'huile d'olive »

P05 : « souvent c'est : « ah ouais mais au Maghreb il y a beaucoup de diabète ». Je pense que voilà, je l'entendais à chaque fois. Mais c'est surtout sa secrétaire quand je suis sorti qui m'a dit « bah alors t'es diabétique mais ce n'est pas possible vous mangez quoi chez vous ? J'ai vécu c'est ça comme une discrimination, je l'ai compris comme : « votre culture donc c'est pour ça, vous êtes tous diabétiques en fait ».

*P05 : « Et c'est l'impression qu'ils ont certains médecins remplaçants quand on me voit. Pour vous dire, juste, il n'y a pas longtemps, j'étais en retard à un rdv et la dame, pour rigoler, elle me dit « ah mais c'est pas grave la prochaine fois vous m'apporterez des makrout. Vous voyez ce que je veux dire, elle ne l'a pas dit méchamment mais indirectement c'était ah bah ***** (cite son prénom) tu vas nous faire des makrout parce que chez vous on ne mange que ça. »*

P05 : «. Vous savez pour moi mon médecin de famille, elle nous connaît, elle sait très bien comment je cuisine et je lui dis tout. Mais je pense que beaucoup ont encore des a priori, ils se disent tiens elle va rentrer, elle va faire un bon tajine avec plein d'abricots plein d'amandes autour, plein d'huile qui déborde (rire). Certains doivent se dire ça. »

P04 : « Oui, on m'a donné tous les messages, « faites attention à ce que vous mangez, perdez du poids, faites attention aux féculents. Les marocains, faites attention aux couscous, aux tajines etc... »

P06 : « il m'a dit pas mal de chose, il ne faut pas manger du couscous, il veut mon bien, ce n'est pas le contraire. Mais je me suis posé la question qu'est-ce qu'on va manger après tout ça. Après tout ce qu'il m'a dit faut pas manger le couscous, ne pas manger les crêpes, pas manger les féculents bah je lui ai dit qu'est-ce qu'on va manger à votre avis »

P07 : « Les Pâtisseries sucrées de chez moi seulement de temps en temps, comme à la fête de l'Aïd il y a 1 mois, c'était la dernière fois. »

3.2.1.1. Le couscous est un repas de fête

Les patients mettent tous en avant que le couscous est essentiellement consommé lors d'occasions culturelles spécifiques, comme le dernier jour du mois de Ramadan (L'Aïd), les mariages ou encore lors de la réceptions d'invités. Par ailleurs, certains estiment que le couscous est bien plus adapté que d'autres plats festifs traditionnels européens.

P05 : « Moi ce qui m'énervait c'était : « oh oui mais vous avez une couscous riche au Maghreb ». Je leur ai dit : « oui mais pas plus que la pâte feuilletée avec 200 g de beurre et puis le mille-feuille, la choucroute ».

P06 : « Bah par exemple, le couscous le dernier jour du Ramadan à l'aïd. Depuis je ne l'ai pas fait, je le fais vraiment tous les deux mois ou tous les trois mois vous voyez. »

P08 : « On ne mange pas beaucoup le couscous. C'est une fois de temps en temps. Quand il y a la fête ou des invités. Lui il me dit de pas manger beaucoup de couscous. Il dit aussi de faire attention aux gâteaux algériens »

P09 : « Parfois, quand y'a des invités, du couscous avec des légumes. Le couscous ou autre ? Ça dépend, la dernière fois c'était à l'aïd, il y a 1 mois »

3.2.2. Boissons emblématiques

La limitation du thé sucré, notamment le thé à la menthe est également souvent transmis par le médecin généraliste à leur patient. Cette boisson est comme le couscous, c'est quelque chose qu'on propose à des invités, ou lors de festivités tels que les mariages. Sa consommation est donc peu fréquente pour les patients diabétiques d'origines maghrébines. Les patients soulignent qu'ils consomment plutôt du thé à la menthe non sucré lors de ces occasions.

P03 : « Et le thé sucré, du genre le thé à la menthe ? Ce n'est pas trop mon truck, peut-être un peu lors d'un mariage ou si je suis invité, mais je suis plus café noir sans sucre. »

P05 : « Si on les écoute si je suis diabétique, c'est parce que chez moi on est ronde donc on ne fait pas attention. Et qu'on met beaucoup de sucre dans les gâteaux (rire) je leur dis, c'est vrai que les milles feuilles et les crèmes pâtisseries il n'y a pas de sucre c'est light quoi. Ou sinon le thé à la menthe bourré de sucre, alors que mes thés sont toujours sans sucre. »

P08 : « Il m'a dit de pas boire beaucoup de thé avec du sucre, mais je n'aime pas ça. On mange ça rarement pour l'Aïd ou les mariages. »

3.3. Manque de repères

3.3.1. Pain = cuillère du maghrébin

Pour les patients d'origine maghrébine, le pain est un élément important de leur alimentation. Il est consommé fréquemment au quotidien. Les plats sont souvent pris à main nue, avec du pain en accompagnement, ce qui rend difficile l'évaluation des quantités ingérées. Les patients estiment qu'il s'agit-là d'une habitude alimentaire difficile à moduler, surtout pour les patients diabétiques issus de la première génération.

P03 : « C'est dur surtout quand on est habitué à manger 2 baguettes entières en un repas. »

P04 : « Ce à quoi le médecin devrait faire attention ? Peut-être pour les premières générations, leur dire de faire attention au pain car on mange à la main. »

P06 : « Depuis que je suis petite, je mange de l'huile de l'olive avec du pain. Maintenant je fais attention mais ce n'est pas facile. Mais là j'ai vu qu'il y a un petit soucis, je mange du pain en ce moment. Je ne sais pas pourquoi, j'ai repris des mauvaises habitudes »

P06 : « Non, normalement ce n'est pas dur, mais je ne sais pas pourquoi. Faut que le Docteur dise de faire attention au pain. C'est dure pour moi. Par ce que vous savez, nous on mange beaucoup de pain. Parce que vous savez, avant je mangeais le pain le matin le midi et le soir. »

P08 : « Justement, quand il y a les féculents on rajoute le pain c'est ça le problème. On n'essaye pas d'équilibrer notre repas, moi je trouve que c'est ça le problème. »

3.3.2. Sentiment de manque d'accompagnement

Pour certains patients, les consignes diététiques sont trop théoriques, engendrant ainsi beaucoup de confusion. Cette confusion, fait qu'ils se sentent perdus et mal accompagnés. Ils déplorent le manque de renseignements pertinents et spécifiques à leurs habitudes alimentaires. Cela est compensé par la présence plus importante, d'autres intervenants, comme les diététiciens ou des centres d'ETP, au détriment de leur relation avec leur médecin de famille.

P06 : « mon médecin, il m'a dit ces choses, j'ai dit qu'est-ce qu'on mange si on ne mange pas des pattes, des pommes de terre, et tout ça. Qu'est-ce qu'on va manger (rire) ? »

*P08 : « Faut bien dire les choses parce que nous on sait pas. C'est **** (prénom de la diététicienne) qui m'a dit que le pain ce n'est pas bon. »*

P09 : « Si, mais il m'a dit que je devais faire un régime. Et il m'a juste dit de prendre le médicament... Il ne dit rien du tout, il renseigne rien du tout, il me dit : « mangez cru, évitez le gras, évitez le sucre », pas plus que ça.

3.3.2.1. Les règles diététiques sont difficiles à adapter au quotidien

Les patients trouvent difficile de suivre les recommandations données par leur médecin. Un sentiment de frustration et d'incompréhension s'expriment lorsqu'ils essaient de suivre des consignes « strictes » telles que manger exclusivement à la vapeur. Cela exclut complètement des aliments tels que l'huile et le sucre de leur vie quotidienne.

P05 : « Parce qu'au début mon ancien médecin me disait : « tu ne manges que de la farine complète, tu manges que de la nourriture complète », sauf que non, parce que à un moment donné ça fait mal au ventre. Il me disait « non tu ne peux manger que du riz complet et que des pâtes complètes ». Alors que non tu peux manger de tout, mais toutes les personnes doivent manger comme des personnes diabétiques mais en étant raisonnables »

P06 : « Je fais les plats normaux, parce qu'on ne peut pas faire comme mon médecin traitant. Il a dit : « il faut manger les choses à la vapeur ». On peut pas faire ça tous les jours à la vapeur, vous voyez. La vapeur tous les jours, matin, midi, soir, matin, midi, soir, ce n'est pas évident vous voyez. Je fais des plats normaux, mais je ne mange pas comme avant, je mange moins. »

P09 : « A chaque fois, il me dit deux choses : « Manges cuit à la vapeur et ne manges pas les choses qu'on cuit dans une marmite ». Et : « Ne manges pas de l'huile, ni de sucre », c'est tout. Au début j'étais perdu et j'ai paniqué. »

4. Sujet tabou

4.1. Posture évasive : ni le médecin, ni moi ne voulons aborder certains sujets

Certains patients ont le sentiment qu'il y a des thématiques que leur médecin juge délicat à aborder. Ils perçoivent une certaine réticence de la part des médecins à fournir des avis médicaux clairs au sujet de certaines pratiques religieuses. Cette réticence serait, pour eux, dues au respect que leurs généralistes portent à leurs convictions religieuses.

P05 : « Oui, j'ai l'impression parfois qu'ils ont peur (d'aborder certains sujet comme le Ramadan), comme c'est rentrer dans la religion, ils ont peur. Moi je ne vais agresser personne, si on me dit que ce n'est pas bon pour moi, bah dans ma religion c'est la santé qui prime avant tout. La respect de la santé et de la vie sont la priorité. Donc, je pense que vu que c'est dans l'ordre de la religion, du privé... Je pense qu'ils ne veulent pas donner un avis médical, ils disent qu'on fasse ce qu'on veut, ou juste surveiller un peu plus la glycémie. »

4.1.1. Attendre que le médecin aborde certains sujets

4.1.1.1. Ramadan

Bien que les médecins semblent élusifs sur certains sujets d'ordre religieux, nous constatons qu'un grand nombre de patients le sont tout autant. En effet, dans le cadre du jeûne du mois du Ramadan, les patients interrogés ont une grande diversité d'approches. Certains rapportent avoir entendu des discours contradictoires à propos du jeûne. Les rappels religieux tendent vers une interdiction du jeûne, mais il leur est conseillé avant tout de se référer à leurs médecins pour un avis spécifique à leur état de santé. Cela a pour conséquence que des patients décident de jeûner, parfois sans en informer leur médecin au préalable. Ces patients estiment, consciemment ou non, que s'il n'y a pas d'interdiction formelle de leur médecin pour la pratique du jeûne, c'est qu'il leur est donc possible de le faire. Certains patients ont ressenti un manque de communication proactive des médecins sur les conséquences du jeûne. Cela, en leur demandant de ne pas réaliser d'examens biologiques au cours de cette période. Pour beaucoup d'entre eux, ces différentes raisons conduisent à des prises de décisions autonomes quant à la pratique du Ramadan.

P03 : « Personnellement je le fais. Enfin je ne sais pas pour les autres, parce c'est quelque chose d'assez confus pour moi, enfin pour nous les musulmans diabétiques. Eh bien, je pense qu'on est beaucoup à faire le Ramadan... En fait, je crois qu'on a les deux discours, et j'ai l'impression que ça change. Quand j'étais plus jeune, et que mon père faisait le Ramadan, on a entendu beaucoup de choses. Je crois qu'il y avait des sermons le vendredi, où l'imam rappelait bien que les personnes malades, comme les diabétiques, ne devaient pas faire le Ramadan. »

P03 : « Bah, la première année, je l'ai fait sans lui en avoir parler. [...] Haha, c'est un peu ça. Enfin chez moi c'est comme ça, parce que j'ai des voisins, qui font le Ramadan, même sous insuline, et d'autres sans, qui ne le font pas... (silence). Je pense qu'il faut essayer de le faire si on en a envie... Si ça se passe bien, pourquoi pas, sinon bah on le fait pas... »

P05 : « Je n'ai pas pu faire le Ramadan, et je ne savais pas si je devais le faire. Parce qu'il y a tellement de discours c'est ce que je disais avec des amies diabétiques, donc on a peur. Le mois du Ramadan c'est très important pour moi. Le Ramadan je l'ai fait cette année mais je ne l'ai pas fait surveiller. Puis, nous, on est un peu livré à nous même quand c'est le Ramadan. »

P05 : « Donc moi j'avais peur par rapport à ça, je me suis attendu à avoir une réponse ferme. Mais j'ai entendu de la part de médecins, « mais non le Ramadan c'est une fois dans l'année », ou « oui on le sait que jeuner c'est bien pour le corps y'a même les jeunes intermittent, on sait que c'est bien pour le corps ». Mais moi, j'attends à ce qu'on me conseille au vu de ma situation, ma santé. Donc j'ai demandé à plusieurs médecins et certains me l'ont conseillé, d'autres me l'ont déconseillé. Et mon premier médecin me disait clairement : « je ne sais pas, faites ce que vous voulez. »

P06 : « Je ne sais pas, mais je veux qu'il me donne des conseils. Je ne sais pas moi, qu'il soit à l'écoute, qu'il me dise ce qui est bien pour moi et ce qu'il n'est pas bien pour moi. C'est important, un patient c'est comme un étudiant. Il faut qu'on lui explique. Si au cas où, si j'ai fait des choses mauvaises par exemple (comme le Ramadan) ça ne me dérange pas qu'il me dit ce que je dois faire. Si c'est bien ou pas bien »

P08 : « Il ne m'a jamais demandé si je le faisais (le Ramadan). Je lui en ai parlé un jour, mais il m'a dit que je faisais ce que je voulais. Je pense qu'il ne connaît pas le Ramadan. [...] Je sais pas, il m'a jamais parlé de ça, donc je le faisais pas. Parce que vous savez, quand on est malade, on doit pas le faire. Mais un jour, le médecin traitant m'a dit que je pouvais faire, le jeune intermittent, et tout le monde en parle, alors je me suis dit alors je peux faire Ramadan. »

P09 : « Il me dit juste de pas faire la prise de sang pendant le Ramadan. Comme ça le chiffre il est bien. »

4.1.1.2. Je me sens bien pendant le Ramadan

La patients diabétiques d'origine maghrébine ont un sentiment de bien-être pendant le Ramadan. Parmi eux, certains ont le sentiment que le jeûne du mois de Ramadan les aide à mieux gérer leur maladie. Cette sensation de bien-être est caractérisée par l'absence de malaises, de troubles tensionnels ou d'autres affections pouvant engendrer un inconfort pour leur corps. Le jeûne du Ramadan est donc perçu comme bon pour eux, autant sur le plan physique que psychique. Tous ces sentiments positifs justifient leur décision de jeûner, malgré les discours contradictoires qui leur ont été formulés.

P02 : « Mais sinon, moi euh, je me porte bien, j'ai pas de problème, j'ai pas de malaise, j'ai pas de baisse de tension, j'ai pas... j'ai pas de problèmes en particulier hein ! »

P03 : « Au contraire, je trouve que le Ramadan m'a permis de mieux gérer mon diabète... Ce qui est dure, c'est de résister les premiers jours à l'envie de mal bouffe... »

P07 : « Ça fait du bien pendant le Ramadan. Oui oui. Lui, il dit que c'est bien le Ramadan, tant que je me sens bien, mais il me connaît depuis le temps. »

P09 : « Mais je me sens bien, je ne fais pas de malaise, rien du tout. Ça me fait beaucoup de bien, Al hamdolillah (Dieu soit loué) (rire). »

4.2. **Peur d'une exclusion de la communauté**

4.2.1. **Appartenance sociale mise en jeu**

Au cours des entretiens, nous observons l'influence significative de l'appartenance sociale, sur la gestion du régime diététique. Cette influence est d'autant plus grande au cours de certaines pratiques religieuses ou culturelles. Pour certains patients, leur appartenance sociale les encourage fortement à observer le jeûne du mois de Ramadan malgré leur maladie. L'incapacité d'honorer cette pratique, ayant un poids spirituel important, est ressentie comme une honte et une faiblesse en contradiction avec leur histoire de vie difficile.

P03 : « Les Hommes, comme mon père, n'étaient pas très heureux de ne pas pouvoir faire le Ramadan, donc ils insistaient un peu... Quitte à faire des malaises. Je pense qu'ils se sentaient rabaissé en ne faisant pas le Ramadan, c'était un peu une honte pour eux... Pas sur le plan de la religion, parce qu'ils savaient très bien qu'ils n'avaient pas à le faire... Mais vous savez, mon père, c'était quelqu'un de très fière, sa migration n'était pas facile et d'un coup ne pas pouvoir faire le Ramadan car trop faible... c'était, on va dire, un peu insultant pour lui... »

Pour d'autres, comme le patient 03, le Ramadan est perçu comme une période de festivités, où on est entouré de ses proches. Ces fêtes posent un défi en termes de régime alimentaire. Il est difficile pour les patients de trouver un équilibre entre plaisir de partager un repas festif avec leur proches et leur gestion de la maladie.

P03 : « C'est festif le Ramadan, on a souvent de la famille ou des proches à la maison... Donc on propose des bons plats assez gras facilement... Mais aujourd'hui, tout le monde sait que j'ai du diabète, donc hormis des repas ou je me fais plaisir de temps en temps pour pas devenir fou, je fais attention... »

Pour le patient 06, la difficulté au cours du mois de Ramadan est autre. Il s'agit d'un mois de partage avec des normes et codes sociaux importants chez le maghrébins et cela en particulier dans les interactions alimentaires. Ces attentes culturelles, accentuées par la notion de partage, offrent un défis pour les patients. Surtout quand il s'agit de refuser le don de plats préparés par leur proches, ou voisins par exemple.

P06 : « Et vous savez nous les marocains quand c'est le Ramadan on nous donne des choses comme ça, et on goute un peu de tout (rire). Quand j'ai appris ça, que j'avais le diabète, ça m'a fait mal. Vous savez on a des enfants, qu'on n'a pas de famille à côté, les parents ils sont décédés, les sœurs elles sont au pays. »

P06 : « Sauf franchement quand on part chez les gens, on n'a pas envie d'embêter la personne pour qu'elle fasse un thé sans sucre. Je n'ai pas envie d'embêter en lui demandant un thé sans sucre. »

P07 : « Et on mange de tout et on cuisine beaucoup. Après les repas sont plus lourd, donc je fais attention aux quantités. C'est dur, surtout quand on est invité, parce que c'est la honte de dire non quand on nous donne des bonnes choses.

[...] On partage beaucoup avec le Ramadan. Voilà, on fait des tajines ou des bricks, des boureks. C'est pas facile à faire, donc si on refuse, voilà c'est pas bien. »

Au cours des entretiens, nous notons que les patients désirent fortement faire le Ramadan, malgré la dispense accordée par le Coran à toute personne malade ou craignant d'être fragilisé par le jeûne. La compréhension des recommandations religieuses est bien présente chez eux. Cela impliquerait donc, que ce désir intense de jeûner est en réalité liée à une peur de rupture avec leur appartenance sociale.

P06 : « Je sais très bien car l'imam il a dit tout ça. Ça c'est écrit dans le Coran que les gens qui sont malades, les femmes enceintes ou qui donnent le sein, ils ne doivent pas le faire. Ça, on le sait très bien, mais pour nous ça nous rend triste de pas le faire, Ce n'est pas facile pour nous. »

4.2.2. Une dynamique familiale perturbée avec le diabète.

Pour les patients, il y a parfois une réticence à communiquer sur leur état de santé et le diabète avec leurs proches. La patiente 05 déclare avoir gardé le silence sur son diabète afin de ne pas se sentir exclue ou stigmatisée par sa maladie. Cela montre l'influence importante du diabète sur la dynamique familiale, en particulier sur le plan des repas.

*P05 : « Je ne l'avais pas dit, avant, à mes beaux-parents comme je faisais un déni. Je ne voulais pas que les gens sachent que je suis diabétique. Parce que là-bas, dès qu'un diabétique mange un truc, une chorba, les gens vont dire « non ****(prénom de la patiente) tu es diabétique ! » Donc je voulais le garder pour moi. »*

Pour la patiente 06, l'absence de la famille et donc de soutien familial face au diabète, accentue son sentiment de solitude. Cela met en lumière l'impact de la maladie, en particulier loin des structures familiales traditionnelles maghrébines.

P06 : « quand j'ai appris ça, que j'avais le diabète, ça m'a fait mal quand j'ai appris le diabète. Vous savez on a des enfants, qu'on n'a pas de famille à côté, les parents ils sont décédés, les sœurs elles sont au pays. On est ici, il n'y a pas la vie normale. Vous savez, on aime bien les gens, l'ambiance, voir la famille. Alors apprendre que j'étais malade c'était dure. »

Pour la patiente 09, nous apercevons l'impact du diabète sur le partage des repas avec la famille. Elle attend que son mari débauche pour dîner, ce qui l'oblige à grignoter. Tout cela pour conserver un repas pris en famille.

P09 : « Et par exemple j'ai faim à 19h et je mange des fruits. Après j'attends jusqu'à 22h, parce que je ne peux pas manger toute seule. Alors moi j'attends que mon mari dine. Et je vais encore manger quelque chose aussi à ce moment-là. »

4.3. Transgressions alimentaires

Nous constatons au cours des entretiens que les transgressions alimentaires sont un sujet tabou. Les patients expriment les défis et les tentations auxquels ils font face au cours de leur régime alimentaire notamment avec la limitations des féculents et ou d'aliments sucrés.

P02 : (au sujet des yaourts sucrés), j'aime pas ça mais bon j'en prends de temps en temps quand j'en ai envie. Je lui ai dit, de toute façon quand on vous dit il ne faut pas manger ci ou il ne faut pas manger ça, c'est ça que tu as envie de manger ! »

P06 : « Moi, c'est pas possible 6 cuillères (de féculents) quelques fois je triche (rire) »

4.3.1. C'est dure de limiter les fruits

La difficulté à limiter les fruits est souvent exprimée. Les directives médicales entrent en conflit avec leurs habitudes alimentaires, notamment concernant la quantité de fruits consommés. Ces derniers, toujours perçus comme pourvoyeur de bonne santé, sont difficiles à restreindre.

P02 : « Les bananes, elle a dit ça il faut en manger la moitié...mais moi je ne mange pas la moitié, quand je mange une banane j'en mange une entière. »

P06 : « Parce que moi j'aime trop les fruits, c'est ça ma bêtise. »

P09 : « Je mange tous les fruits, banane, orange, surtout l'orange, pomme je ne sais pas. La diététicienne dit 150g mais tu pèses une pomme c'est 200, 250g, ce n'est pas facile. »

5. Meilleure santé au pays

5.1. Je me sens mieux au pays car mon régime alimentaire est différent

Pour les patients, le retour au pays est perçu comme une expérience positive. Ils s'y sentent en meilleure santé. Cette perception est favorisée par une alimentation jugée plus saine et de meilleure qualité, facilitant selon eux, le respect des consignes médicales. Les fruits et les légumes sont frais, issus de la culture biologique et sont de meilleur goût. Les patients ont le sentiment d'être en bonne santé dans leur pays d'origine de par une plus grande consommation de poissons.

P02 : « Je mange ce que je cuisine, je mange des légumes, des poissons, normal ! Je mange pas sans huile, ou sans « ineth » (quoi que ce soit), de l'huile dans ma cuisine et je cuisine avec ça et je mange ça. »

P05 : « Oh c'est encore mieux là-bas tout est frais tout est naturel, tout est bio. »

P05 : « Je ne mange pas plus sucré en Algérie ou plus mal. Là-bas c'est beaucoup les salades de poivrons, tomates, concombres. Les fruits et légumes n'ont pas le même goût, c'est beaucoup plus tentant. »

P05 : « Donc voilà, je fais attention sans pour autant me priver. En plus on mange moins de viande. Moi j'habite au bord de mer, donc on prend directement aux cabanes aux pêcheurs prendre notre poisson, donc on mange plus de poissons. »

P08 : « C'est plus facile (de bien manger), là-bas je mange que du bio. [...] On mange, mais ce sont des petites quantités. C'est juste, par contre, moi là-bas en Algérie, on ramène le blé complet et c'est à nous de la préparer, c'est moi qui le prépare »

Le patient 08 décrit un meilleur état de santé car le rythme des repas est différent. La gestion de ce temps n'est plus conditionnée par le travail mais plutôt par la faim. Cela aurait pour conséquence une diminution des apports journaliers.

P06 : « Alors qu'au Maroc on mélange les heures, par exemple jusqu'à 16h, les heures elles changent. Ce n'est pas la nourriture qui change mais c'est la façon dont je mange qui change. Par exemple, on déjeune à 11h du matin, on mange tard on se lève tard, le midi on mange à 16h puis je mange plus après. »

Ce sentiment d'être en meilleure santé au pays est corroborée par une perte de poids significative.

P08 : « à chaque fois que je pars là-bas, je maigris. A chaque fois, je perds au moins 5/6 kg. C'est déjà pas mal »

5.2. Plus d'activité physique

Le sentiment de bien-être au pays est également lié à une augmentation de leur activité physique. Cette association à une perte de poids est probablement due à une augmentation de la marche.

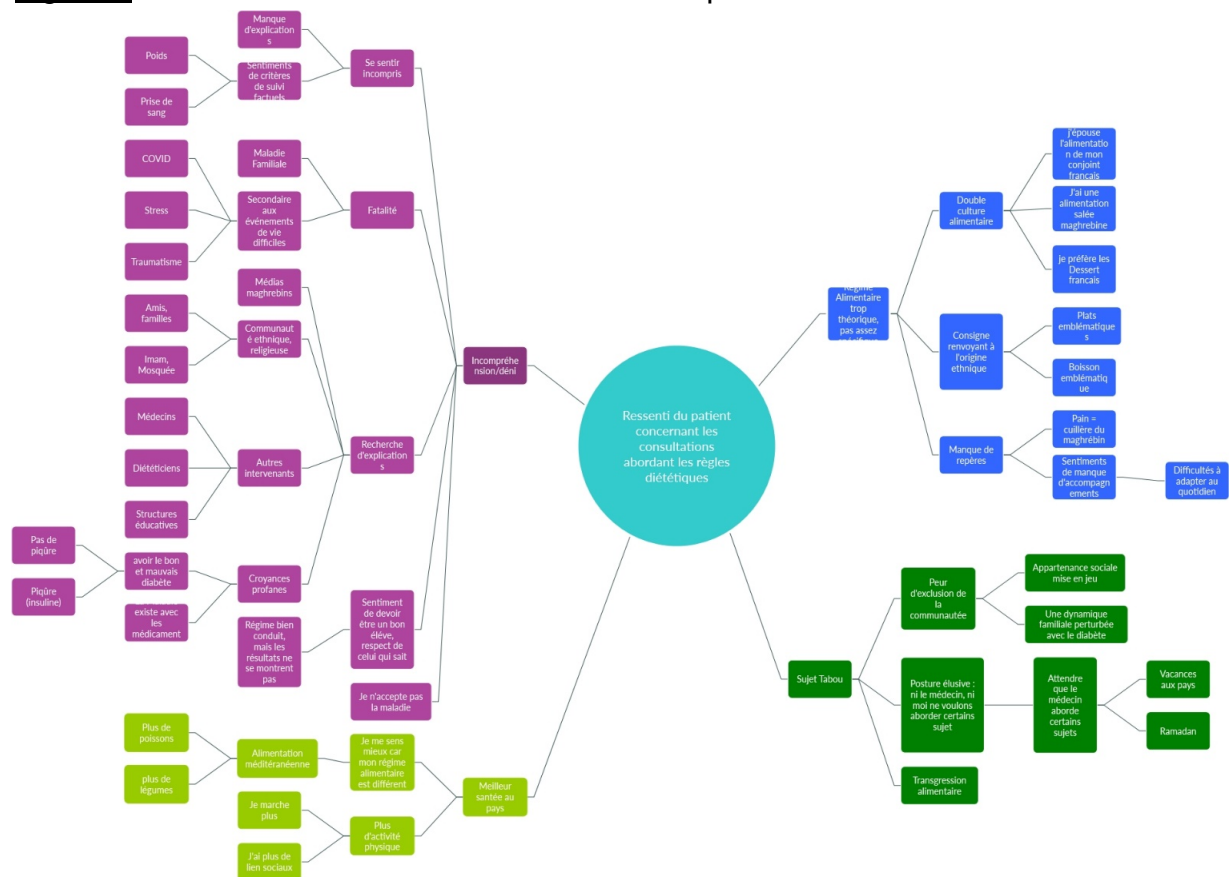
P05 : « j'ai perdu un peu plus de poids, on marche plus. J'ai beaucoup moins de stress »

P09 : « Oui car je sors dehors, je fais des tours. Je marche plus. »

6. Carte mentale : Le ressenti des patients

L'arbre thématique ou « carte mentale » nous permet de présenter de façon synthétique et ordonnée, les différents thèmes retrouvés au cours de nos entretiens patients. Ainsi, nous pouvons percevoir une vue d'ensemble de nos données, par ce biais. Grâce à cette modélisation, nous nous sommes rendus compte que la catégorie « incompréhension / déni » était surreprésentée chez les patients.

Figure 3 : Carte mentale issue du des entretiens patients.



DISCUSSION

DISCUSSION

1. Discussion de la méthode

1.1. Originalité du sujet

Notre thèse consiste en une double étude impliquant les 2 acteurs de la consultation de médecine générale : l'omnipraticien et le patient. Il existe peu de travaux réalisés concernant l'étude des règles diététiques délivrées auprès de la patientèle diabétique de type 2 originaire du Maghreb, ni le ressenti de ces derniers concernant ce régime prodigué.

1.2. Les forces de l'étude

1.2.1. Triangulation des données

Une **triangulation des données** a été faite en comparant les éléments issus des entretiens à celles de la littérature afin de rendre plus authentique l'interprétation des verbatims.

1.2.2. Triangulation du codage

Un **triple codage** a été réalisé séparément, par chacun des investigateurs mais aussi par le directeur de thèse. Pour éviter un maximum les pertes de données, nous avons utilisé le logiciel Nvivo14.

1.2.3. Journal de bord

Afin de réduire l'influence de nos représentations concernant le sujet, il a été réalisé un Journal de Bord (*) au long de cette étude. Cela a permis de prendre conscience, en partie, de la subjectivité des chercheurs concernant la culture maghrébine et la culture occidentale dans laquelle tous les deux évoluent.

1.2.4. Validité externe

Les données issues de ces recherches sont **extrapolables** à la population qui présentes des caractéristiques communes à celles étudiées : les médecins généralistes, et les patients d'origine maghrébine de 1ere et 2eme génération. D'autant plus que le phénomène étudié (diabète de type 2) est d'actualité et fréquent à la fois en France et dans le monde.

1.2.5.Echantillon diversifié

L'échantillon n'est certes pas représentatif, car ce n'est pas l'objet d'une étude qualitative, mais il a été réalisé en **variation maximale**. « *L'échantillon de type qualitatif vise à collecter un maximum de variabilité de réponses et comptera le nombre d'entretiens nécessaires pour atteindre la saturation des réponses, c'est-à-dire jusqu'à ce qu'aucune nouvelle information ou thématique n'émerge des données (Bloor et Wood, 2006). La taille d'échantillon ne peut dès lors être définie à l'avance, de même que ne peut l'être le profil des participants.* »(42)

Ainsi, différents types de profils de médecins ont été sélectionnés, avec des caractéristiques pertinentes pour cette étude : double culture (Maghreb, moyen orient, européenne, mixte) ; des hommes et des femmes de tout âge exerçant dans différents types de milieux : urbain, semi-rural, rural. Les patients sont, eux, d'âge, de sexe, originaires de pays du Maghreb, et de catégories socio-professionnelles, différentes.

1.2.6.Concept de suffisance

La **saturation empirique des données** a été atteinte, lorsqu'il a été estimé qu'il n'y avait plus de données significatives qui s'ajoutaient pour accroître la compréhension du phénomène étudié.

1.3. Les limites de l'étude

1.3.1.Novices en étude qualitative

Il s'agit de la première expérience en étude qualitative des chercheurs, cela a pu contribuer à omettre sans que cela soit volontaire, certaines informations issues des entretiens. Cela a pu aussi biaiser le codage. Cependant, il ne s'agissait pas du premier travail du directeur de thèse, ce qui a pu minimiser un tant soit peu ce biais.

1.3.2. Biais de désidérabilité dans le contrôle des réponses des interviewés

« Parmi les biais de réponse précédemment abordés par la littérature figurent en bonne place le **biais de désirabilité sociale** et les artefacts du questionnement (Herbert, 2007). **Le premier résulte de la volonté du répondant de se montrer sous un jour favorable** (Crowne et Marlowe, 1960). Le second désigne « l'erreur de mesure résultant de l'adoption d'un comportement de réponse spécifique par le répondant en situation de questionnement s'il croit avoir discerné, même partiellement, l'objectif de ce questionnement » (Herbert, 2007). »(43)

Le biais de désirabilité est quasiment inévitable dans une étude qualitative. Il est d'autant plus présent que la collecte de données se fait par un questionnaire(44). Ainsi, la réalisation d'entretiens semi-dirigés avec des questions principalement ouvertes tend à limiter ce biais dans ce travail de thèse.

1.3.3. Discours normé, auto-censure et sujets tabous

Autour de la prise en charge d'une maladie comme le diabète de type 2 centrée sur une origine culturelle spécifique, peut se soulever la question du tabou, ce qui peut engendrer un discours normé. Certains aspects du sujet ont également pu être censurés. Il est possible que les interviewés n'aient pas, pour diverses raisons, fait part de tout leur ressenti concernant le phénomène étudié. D'un point de vue scientifique, l'interdiction française de statistique sur l'origine culturelle, a pu constituer un frein à la libération de la parole des médecins, de même que le principe déontologique de « non-discrimination ». D'un point de vue patient, le fait d'être interrogé par des médecins a pu engendrer un biais dans les réponses données aux questions.

1.3.4. Retranscription des fautes de formulations, des chuchotements

La retranscription des verbatims n'est pas strictement fidèle pour diverses raisons. Les entretiens ont été retranscrits après enregistrement audio. La qualité d'enregistrement, ne permet pas de reproduire à l'écrit, de manière toujours distincte, les paroles chuchotées ou mal articulées. De plus, certaines des personnes interrogées étant allophones, des formulations peu comprises des investigateurs ont pu être mal retranscrites à l'écrit.

1.3.5.L'illusion de transparence

« *S'inscrire dans une démarche d'analyse de contenu revient à refuser « l'illusion de la transparence des faits sociaux » et à tenter de s'écarter des « dangers de la compréhension spontanée » (Bardin, 1998, p. 31) ».*(45) Autrement dit, il s'agit d'essayer de comprendre et interpréter un phénomène alors qu'objectivement il est impossible d'en connaître les rouages. La subjectivité du chercheur constitue alors à elle seule un biais dans l'interprétation des verbatims.

1.3.6.Variabilité de l'échantillonnage : Refus des personnes sollicitées

Plusieurs personnes ont refusé de participer à l'étude, ce qui peut réduire la richesse des profils étudiés par un biais de sélection. De ce fait, cela peut aboutir à une diminution de la variation de l'échantillon d'étude par rapport à la population cible. L'échantillon de patients comprend 7 femmes pour 2 hommes tandis que l'échantillon des médecins est plus équilibré sur le genre. L'ancienneté des médecins interrogés est très variable allant du jeune installé à des confrères qui ont plusieurs années de pratiques à leur actif. Le fait d'avoir inclus uniquement des patients ayant une certaine maîtrise du français peut constituer un biais.

2. Discussion concernant les résultats

2.1. Discussion des résultats médecins

Les a priori diététiques évoquent souvent la présence en trop grande quantité de sucre comme dans le thé à la menthe largement cité, de consommation de plats riches en semoule comme le couscous, de tajines, ou encore de beaucoup de fruits (oranges, raisins) et de gâteaux au miel. Peu d'études ont été réalisées concernant les consignes diététiques délivrées par les médecins généralistes auprès de leur patientèle diabétique de type 2 d'origine maghrébine. Nous ne pouvons donc pas confronter nos résultats.

Les médecins ont malgré tout conscience de ces représentations. Certains s'adaptent en réalisant des enquêtes alimentaires auprès de leur patientèle. Ils mettent aussi en place une prise en charge pluridisciplinaire, en s'associant avec des diététiciens, des IDEL, des IDE ASALEE, des assistants médicaux, des APA, avec l'aide parfois de centres spécifiques d'ETP. Ils font aussi un suivi endocrinologique voir nutritionnel. Cela rejoint les recommandations de la HAS ainsi que les résultats de la thèse de médecine de Sophie Azambourg.(46)(47) Cependant, dans un premier temps **les consignes diététiques délivrées pour les diabétiques d'origine maghrébine sont souvent globales** à la population diabétique en générale, et reprennent les recommandations de la HAS au sujet de l'alimentation. Cette posture dévoile aussi, probablement, une attitude auto-protectrice du médecin face aux différences culturelles. Cela rejoint le modèle de Bennet, qui fournit une explication concernant la position de l'individu face aux différences culturelles, par le biais de divers éléments d'observations. On y distingue 3 phases ethnocentriques (Dénî, Défense, Minimisation) et 3 phases ethnorelativistes (Acceptation, Adaptation, Intégration). *« Ainsi, le développement de la sensibilité interculturelle conduit progressivement le sujet à l'adoption d'une posture décentrée, puis métisse, qui implique que l'individu n'appréhende plus l'altérité à partir de ses seuls « référents culturels de base », mais à travers le prisme de son interculturation (Denoux 1994). »*(48)

Developmental Model of Intercultural Sensitivity

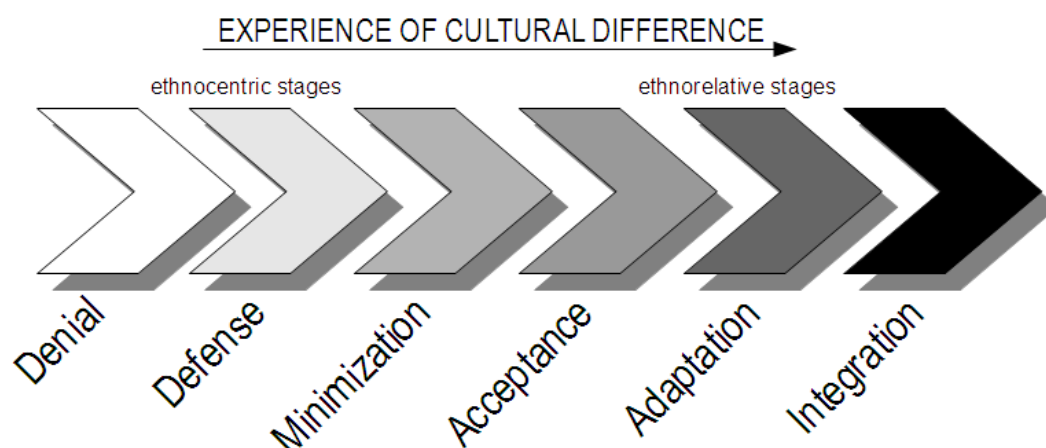


Figure 4 : Développement de la sensibilité interculturelle adaptée du modèle de Bennet.(49)

L'alimentation serait de qualité et saine, mais elle serait en trop grande quantité. Cela rejoint les résultats de la thèse de Younes Zouguar de médecine générale. Il a réalisé une enquête alimentaire par le biais d'un questionnaire, chez des patients d'origine maghrébine, qui retrouve souvent une quantité importante dans les assiettes et une consommation conséquente de pain.(24)

Les médecins sont nombreux à évoquer la problématique d'une prise en charge de **patients pouvant être allophones** la plupart du temps. Cela est souvent vécu comme un frein dans la prise en charge du diabète de type 2. Souvent l'interprète est d'origine familiale ce qui est souhaité par les patients. Le colloque singulier est alors mis à l'épreuve. Comme le dit Liliane Murera Umuhire dans sa thèse qualitative de médecine générale, réalisée par focus groups auprès de médecins généralistes, abordant les difficultés de la prise en charge en médecine générale des patients diabétiques de type 2 immigrants originaires d'Afrique du nord, « *En effet, plusieurs études évaluant l'apport de l'interprétariat dans la prise en charge de ces patients en médecine générale ont mis en évidence une préférence des patients pour un interprète issu de l'entourage par rapport à un interprète professionnel. D'une part, les patients sont rassurés par la présence d'un proche. D'autre part les médecins exploitent cette position non seulement en termes de traduction mais aussi de médiation interculturelle ou bien en termes d'apport d'informations sur le mode de vie* ». (23)

L'utilisation des enfants comme traducteur n'est pas forcément sans danger. Dans une thèse de médecine, qualitative, réalisée par Manon Cahu sur les enfants entendants de patients sourds, ce rôle d'interprète est souvent mal vécu par leur progéniture. Cela peut s'apparenter, sans que cela ne soit voulu, à une violence psychologique non sans conséquence sur le développement de l'enfant. Cela inverse les rôles de l'enfant et des parents lors de la consultation chez le médecin.(50)

Il y a un **sentiment de tabou, ou encore de « non-dits »**, autour des consultations. Les médecins évoquent des problématiques qui se jouent et qui seraient liées à la culture du patient, sans pouvoir les définir. La dimension transculturelle peut être définie comme suit : *« chaque culture produit des règles pour traduire en symptômes les signes d'un changement interne, d'une altération douloureuse, d'une incapacité vécue par un individu. Et chaque culture produit des règles pour lier des symptômes à des causes et, de ce fait, déterminer la nature des interventions à opérer sur la personne qui souffre »*. Cette description a été proposée par A. Young dans une synthèse *« Anthropology of illness and sickness »*.(51)

La médecine transculturelle fait déjà l'objet d'un D.U à Paris. Le livre « Quand les esprits viennent aux médecins », par le biais de cas cliniques, montre l'intérêt d'un intervenant transculturel mais surtout les limites de l'interprétariat. Par exemple, le récit frappant sur un patient africain issu d'une tribu aux croyances propres et à la culture bien ancrée. Il a une maladie chronique, secondaire à une tuberculose compliquée dans sa jeunesse, avec laquelle il se retrouve incontinent et paraplégique. Lors de l'entretien, il y a les cliniciens transculturels, son médecin référent, et un interprète qui parle la langue maternelle du protagoniste.

Le patient ne comprend pas avoir des séquelles alors que la tuberculose est a priori « guérie ». L'interprète intervient pour dire qu'il a un terme pour dire dans la langue maternelle que le « patient est guéri » mais le problème était la signification. Guérir = recouvrer complètement la santé, être en pleine forme, sauf que le malade avait des séquelles invalidantes avec lesquelles il devait vivre jusqu'à la fin de ses jours. Donc traduire ne suffit pas.

De ce fait, on peut imaginer que des éléments propres à la cultures maghrébines interviendraient dans le ressenti et la compréhension de la maladie diabétique. (51)(22) Chez les maghrébins berbères du Nord, un terme existe pour parler du diabète, mais le sens donné n'est pas celui du terme en français. Le mot « a'lèh » signifie « maladie », le mot « zucar » signifie « sucre ». Ainsi il y a 2 types de diabète (« a'lèh n'zucar ») : « la'lè7 n'zucar ahfène » qui désignerait le « maladie grave du sucre » qui lui est traité par l'insuline qu'on nomme « ssguenfine » littéralement « les aiguilles ». De ce fait, soit le diabète n'est pas traité par insuline ce qui en fait une maladie sans gravité, soit le diabète est traité par insuline ce qui conditionne la gravité de la maladie, qui devient alors « existante ».

En darija, qui est le dialecte marocain (parlé aussi par la majorité des berbères), le terme utilisé pour le diabète est « zucar f'dam » littéralement « le sucre dans le sang », mot à mot « zucar » = sucre et « f'dam » = dans le sang. Le terme pour parler du traitement par insuline est « ibra » littéralement « aiguille » (pluriel = « ibari »). En arabe littéraire langue globalement commune aux pays du Maghreb, le diabète est désigné par « mraro » = maladie « zucar » = le sucre, soit littéralement « la maladie du sucre ». (Précisions ajoutées par les chercheurs).

Le traducteur dit « maladie du sucre », les patients avec insuline disent qu'ils ont la « maladie du sucre mauvaise ». Cela signifie qu'ils ont un diabète « compliqué » à leur sens. Le traducteur, surtout s'il ne vient pas de la sphère médicale, pourrait donc avoir tendance à minimiser l'effet de la maladie dans la traduction.

Il y aurait une **bonne observance thérapeutique mais paradoxalement, le sentiment d'une mauvaise observance diététique**. Cependant, du fait de la présence la plupart du temps d'un interprète, il est peu probable que la barrière de la langue explique à elle seule ces résultats.(23) Cette mauvaise adhésion au régime diététique est aussi observée chez les diabétiques en général. D'après la thèse de Sophie Azambourg : « *Plusieurs obstacles avaient déjà été mis en évidence au cours d'une précédente étude, ils ont été de nouveau particulièrement développés par les médecins interrogés. Les praticiens ont ainsi évoqué les difficultés d'adhésion de certains patients aux mesures diététiques, le manque de support éducatif, le besoin de formation des médecins, le manque de temps en consultation [...]* »(47)

Certains confrères ont le sentiment que certains patients se reposent sur le traitement médicamenteux (= le comprimé magique) pour équilibrer leur diabète. Ce résultat est retrouvé dans certaines études qualitatives.(28)

Comme observée dans d'autres études, on note un **comportement auto-protecteur, autour d'une prise en charge globale à tous les patients diabétiques, sans distinction culturelle accompagnée d'une peur de stigmatiser**, à première vue, à la fois basée sur les guidelines et sur les recommandations de la Haute autorité de santé.(52)(23)

Ils ont le sentiment que les femmes maghrébines seraient plus souvent touchées par le diabète que leurs homologues masculins. Lors des entretiens, ils expliquent cela avec une impression d'une sédentarité féminine maghrébine et de surpoids. Pourtant, comme le dit Mme Méjean dans sa thèse « *Darmon et Khlat, passant en revue toutes les études concernant la mortalité, la morbidité et la nutrition dans les populations migrantes en France, confirment que les hommes migrants d'origine méditerranéenne ont bien un avantage en santé, particulièrement pour les maladies liées à l'alimentation, telles que certains cancers et les maladies cardiovasculaires.* » (53)(54) Ce sentiment pourrait peut-être traduire une difficulté de certains confrères à atteindre les femmes maghrébines en terme de prévention.

La relation médecin-patient serait ressentie comme globalement bonne avec la patientèle d'origine maghrébine. C'est ce que retrouvent plusieurs travaux, dont l'étude qualitative de Zakia Khelifi, dans le cadre de sa thèse de médecine, réalisée auprès de patients diabétiques de type 2 d'origine maghrébine. (55)

On observe un **sentiment de manque de légitimité, dans ce travail, lorsqu'il s'agit de délivrer des consignes alimentaires personnalisées à un individu ne partageant pas la même culture.** Pourtant, Fatima SAJIE, dans sa thèse sur « *le patient maghrébin et le médecin généraliste français* », relève que cela ne constituerait pas un frein : « *Les attentes des patients immigrés maghrébins en consultation de médecine générale ne sont pas spécifiques, et la concordance culturelle entre le médecin généraliste et le patient maghrébin ne constitue pas un élément de satisfaction.* »(56) De même, dans un article paru dans la revue Exercer, sur une étude au sujet des migrants et de leurs attentes vis-à-vis de l'omnipraticien, il ressort que les

qualités attendues sont : « *avoir une bonne qualité d'écoute ; permettre de bâtir une relation privilégiée basée sur la confiance ; être disponible et attentif (prendre le temps d'écouter et de comprendre le patient)* »(57) Ici aussi, le fait de partager la même culture, n'est pas mentionné.

Au cours des entretiens réalisés, les praticiens déplorent **un manque d'engouement concernant l'activité physique chez les maghrébins. Pour beaucoup de médecins interrogés, le sport est indissociable de l'alimentation.** Certains évoquaient une probable incompatibilité avec la culture du patient. Cela rejoint les résultats de la thèse de médecine d'Imane Massaoudi sur les facteurs socio-culturels intervenant dans le DT2 chez les maghrébins « *l'activité physique n'est pas ancrée dans les représentations des patients interrogés, et la nécessité de perdre du poids leur semble sans intérêt. L'image du corps en bonne santé reste en majorité celle d'un corps robuste, en surpoids, signe de richesse et d'abondance, mais aussi de force pour les hommes.* »(28). Toutefois, on peut imaginer que cette image d'antan du « corps grassouillet » signe de bonne santé tend à changer avec la généralisation des réseaux sociaux et des images diffusées à la télévision maghrébine et française : « corps sveltes », surtout chez les plus jeunes. Dans la thèse de médecine de Marine Tarrou sur les diabétiques de type 2 en général, l'activité physique était aussi difficilement mise en place(52).

Certains confrères jugent **l'adoption d'une posture paternaliste souhaitable par certains patients.** Elle peut aussi être auto-protectrice. Ainsi, comme le reprend Séverine Mélior dans une revue de la littérature sur l'évaluation de la position des patients vis-à-vis de la décision médicale partagée, selon le contexte clinique, il ressort que cette posture est surtout exigée dans le cadre de pathologie chronique : « *La comparaison des patients désirant s'impliquer versus les patients paternalistes dans ce contexte clinique de pathologie grave et chronique, pour une décision concernant un traitement, a mis en évidence une différence significative pour la variable « maladie chronique » suggérant que les patients désirant s'impliquer seraient majoritairement des patients non atteints par une maladie chronique (60%) et que a contrario, les patients paternalistes, ne désirant pas s'impliquer, seraient majoritairement (69%) atteints d'une maladie chronique. La première raison évoquée par les patients paternalistes était la confiance envers leur médecin.* »(58)(59)

On observe **une attitude évasive concernant des sujets comme le Ramadan, ou le retour estival au pays**. A priori cela serait expliqué par une peur d'aborder un sujet qui mêle pratique religieuse et transgression aux règles diététiques, ou alors d'avoir à objectiver biologiquement un déséquilibre du diabète. Pourtant, Une étude a été réalisée sur des maghrébins dans le cadre du retour au pays, et montrait qu'il y avait une diminution du poids.(60)

On observait une attitude d'abandon concernant le jeûne et la notion de responsabilité du patient, qui dénote avec la posture paternaliste adoptée pour certains sujets. C'est aussi ce qu'on retrouve dans une étude réalisée auprès de médecins généralistes interrogés au sujet du Ramadan : *« Cette pratique est connue de la majorité des praticiens par les impératifs qu'elle requiert. Les médecins généralistes rencontrés sont conscients d'une adaptation possible de leur pratique médicale ; des freins existent quand il s'agit de les appliquer au niveau de la prescription, ou de programmer des consultations auprès des patients chroniques. Une compétence médicale est parfois abusivement renvoyée au jeûneur, l'exposant aux difficultés de la gestion thérapeutique. Des guidelines existent et devraient limiter les discours prohibitifs et aiguillonner le médecin sur des thérapeutiques adaptées au jeûne »*(61)

Plusieurs consensus d'experts existent concernant la prise en charge du diabète au cours du ramadan: American Diabetes Association, International Group for Diabetes and Ramadan, la Fédération Internationale du Diabète(62). Un article paru dans le quotidien du médecin en 2016 et repris par la société francophone(63) du diabète évoque les mesures principales à appliquer au cours du Ramadan. 3 groupes à risques ont été défini (très haut risque, haut risque et risque faible ou modéré correspondant au DT2 bien contrôlé sous ADO, GLP1 et/ou insuline basale), le plus faible étant autorisé à jeûner d'un point de vue médicale.

Les principales mesures thérapeutiques peuvent être citées comme suit (63):

- Concernant les ADO : supprimer le prise du midi
- Favoriser les sulfamides, gliclazides, glimépiride par rapport au glibenclamide qui présente un plus grand risque d'hypoglycémie. Les sulfamides doivent être administrés avant l'Iftar (repas du soir) et leur posologie doit être diminuée chez les patients bien équilibrés.
- Concernant le répaglinide : diminuer la posologie et la fractionner en 2 prises par jour, avec une posologie plus importante avant l'Iftar.
- Concernant les analogues de la GLP1 : aucune modification s'ils ont été titrés et introduit plus de 6 semaines avant le début du Ramadan.
- Concernant l'insuline basale :
 - Si 1 injection par jour : diminuer la dose de 15 à 30% et l'administrer avant l'Iftar.
 - Si 2 injections par jour : diminuer de 50 % la dose du matin (repas du Suhur) et conservation de la dose de l'Iftar.
- Concernant les insulines rapides :
 - Diminuer de 25 à 50% la dose du matin (avant le Suhur)
 - Supprimer la dose du midi
 - Conserver la dose du soir (avant l'Iftar)

Les 10 règles de bases suivantes sont proposées aux médecins pour bien préparer le mois de ramadan avec leurs patients(63) :

1. Préparer le jeûne un ou deux mois à l'avance avec le patient.
2. Rappels éducatifs sur hypoglycémie, hyperglycémie, cétose.
3. Individualiser la prise en charge thérapeutique.
4. Prodiquer des conseils nutritionnels personnalisés pour une alimentation équilibrée.
5. Veiller à bien s'hydrater en dehors des heures de jeûne.
6. Adapter le traitement médicamenteux.
7. Favoriser l'exercice physique en évitant les excès.
8. Conseiller un contrôle régulier des glycémies capillaires (autorisé).
9. Connaître les situations imposant une rupture ponctuelle ou durable du jeûne.
10. Faire participer la famille et/ou une personne-ressource

La fédération des diabétiques propose, par le biais d'un article rédigé par une diététicienne(64), quelques mesures diététiques pour les diabétiques lors du ramadan comme la mise en place de 3 repas légers, plutôt qu'un grand repas pris en une seule fois à l'Iftar. L'OMS Région méditerranée orientale propose quelques conseils hygiéno-diététiques à appliquer au cours du Ramadan pour « rester en bonne santé »(65), ces conseils ne sont pas spécifiques aux diabétiques. Il s'agit entre autres de bien s'hydrater, de consommer des aliments hydratants (pastèques, soupe, salade verte), éviter la caféine, rompre le jeûne avec maximum 3 dates.

L'ARS Mayotte a également publié des conseils alimentaires pour cette période, la fiche publiée reprend l'alimentation de base de la population mahoraise ce qui la rend difficilement extrapolable(66). En Algérie, un guide pratique fait par les médecins, pour les médecins au sujet du Ramadan et du diabète a été publié en 2019, cependant sur le plan nutritionnel il y a peu d'éléments, il s'agit entre autre d'éviter les aliments à index glycémique élevé le soir et privilégier les sucres lents au Suhur (matin)(67). Ainsi il n'existe pas de recommandations alimentaires officielles concernant le Ramadan.

Les praticiens éprouvent, pour beaucoup, des difficultés à l'intégration de la dimension culturelle à leur consultation. Ils évoquent un manque de formation universitaire, avec un enseignement souvent jugé trop général et ne ciblant pas assez les spécificités culturelles. Une revue de la littérature a été réalisée par Otsmane Belkacem, sur la question des « enseignements de compétences culturelles destinés aux professionnels de santé et évalués par des échelles validées ». D'après cette thèse, intégrant plusieurs pays du monde, très peu d'études ont été réalisées chez les médecins. Il s'avère que *« Parmi les professionnels ciblés on retrouve les infirmiers. Les médecins généralistes sont sous représentés. Trois aspects se dégagent des interventions menées auprès des acteurs de santé : celles incluant un format classique composé de cours et de groupes de discussion ; les voyages en immersion ; et les cours en ligne. Ces interventions ciblent majoritairement les minorités ethniques puis les minorités sexuelles. Les résultats sont favorables à l'enseignement des compétences culturelles aux étudiants et professionnels de la santé »*(68). Cela serait donc une piste pour améliorer les pratiques dans un intérêt commun concernant les médecins et les patients.

2.2. Discussion des résultats patients

Les patients évoquent souvent le fait de ne pas être sur la même longueur d'onde que leur médecin concernant la réalité de leur alimentation. Il apparaît souvent une double culture alimentaire, avec des repas salés traditionnels et des desserts français. Les tajines sont souvent composés de légumes, de poissons, et moins souvent de viandes. Les desserts sont plutôt des fruits, des pâtisseries françaises, des viennoiseries. Certains déclarent consommer le thé à la menthe sans sucre. Le couscous et les pâtisseries traditionnelles (à base de miel, amandes...) seraient consommés occasionnellement lors de festivités.

Une recherche qualitative réalisée par Angélique Savall, docteur en médecine et en sociologie, chez les femmes maghrébines DT2 de première génération concernant leur expérience autour des modifications introduites par le diabète, retrouve un changement de la dynamique familiale autour des repas ainsi qu'un conflit de normes identitaires. Elle évoque aussi l'adaptabilité dont ces femmes font preuve à leur manière. Les changements peuvent concerner la composition des repas, qui peuvent rester classiques pour la famille et un autre plat pour elle qui se rapprocherait des recommandations. D'autres conservent les mêmes plats et jouent sur les quantités, sans se resservir. Parfois elles sont aidées de leur époux dans la cuisine. Les plats cuisinés sont souvent des tajines à base de viandes et de légumes, le couscous est moins évoqué. On note aussi un métissage culinaire globale. Une attention particulière est portée sur le fait que leurs enfants consomment plutôt des plats occidentaux qu'elles confectionnent à leur demande (frites, burgers...).(27)

Une enquête alimentaire a été réalisée par Younes Zouggar dans sa thèse de médecine et retrouve, comme principaux résultats au petit déjeuner une consommation d'huile d'olive et de pain (repas traditionnel) ; la boisson était souvent du café (au lait). Au déjeuner on retrouve surtout des légumes, de la volaille, du pain. La collation n'était pas souvent prise et se composait essentiellement de fruits, de pain, et de fromage. Le dîner était souvent composé de soupes, d'autres féculents que le pain et en plus petite quantité, moins de viandes, la boisson était souvent de l'eau. Les pâtisseries orientales sont très peu présentes dans l'alimentation classique de ces patients(24). Les résultats de ces 2 études sont donc en adéquation avec ceux retrouvés dans notre travail. Comme dit plus haut, les règles diététiques délivrées sont plutôt théoriques et suivent les recommandations en vigueur.

En France, nous n'avons pas d'outils au service de la diététique intégrant certaines spécificités alimentaires culturelles. Aux Etats-Unis, dans les hôpitaux, il existe des protocoles d'ETP pour les diabétiques latino-américain(69).

Pour ces patients, c'est souvent une maladie consécutive à un « choc émotionnel », ce qu'ils appellent « Le diabète de choc ». Certes, elle est partie intégrante du « *Mektoub* » (= le Destin) pour eux, sans que cela ne se traduise par un comportement passif vis-à-vis de la prise en charge de leur santé. Selon eux, leur médecin n'accorderait pas assez d'importance aux événements de vies qui auraient conduit à la maladie. Ils ont le sentiment qu'une importance majeure est attribuée à l'alimentation, et ils ne se sentent pas assez informés au sujet de leur diabète. Ce résultat n'était pas attendu lors des interrogatoires, et pourtant cet élément a été soulevé par plusieurs interviewés, soulignant ainsi l'importance et la considération qu'ils recherchent de la part de leur médecin concernant ces événements de vies qui pour eux auraient conditionné l'apparition de la maladie.

D'autres travaux retrouvent diverses croyances profanes que les patients attribuent à l'apparition de leur maladie, et ce, peu importe leur origine.(52)(28) Le stress lié au diabète n'est pas forcément pris en compte lors des consultations. Il existe pourtant une échelle anglo-saxonne qui permet de l'évaluer. Une des échelles évaluant le stress chez les diabétiques a été traduite en langue dialectale tunisienne afin de l'adapter à cette population(70). En France, nous n'avons pas de tels outils. Aucune étude scientifique faisant un lien direct entre un choc émotionnel et l'apparition d'un diabète. En cardiologie, il existe une cardiopathie ischémique dite cardiopathie de stress, mieux connue sous le nom de « Tako-Tsubo ». Ce dernier, étant déclenché par un choc émotionnel intense, est lui en revanche renseigné dans la littérature scientifique.

La relation médecin patient est globalement ressentie comme bonne chez les patients aussi. Ils font confiance en leur médecin. Ce résultat est commun à plusieurs études(55).

Il y a un sentiment d'avoir plus d'activité physique et d'être en meilleure santé lors des vacances au pays qui est retrouvée dans une étude qui objective une perte de poids au retour en France.(60)

Malgré la maladie, certains diabétiques décident d'observer le mois de jeûne et ce malgré les messages délivrés par les représentants religieux. D'après nos entretiens, la composition des repas est souvent différente et plus festive lors de cette période (bricks, gâteaux au miel). Plusieurs études ont montré les conséquences physiologiques du diabète lors du ramadan. Certaines montrent, comparativement à des personnes non diabétiques, un déséquilibre glycémique important avec un risque accru de thrombose et un déséquilibre tensionnel. Le risque d'hypoglycémies est par ailleurs plus élevé avec un DT2 qu'avec un DT1.(71)(72) La thèse de pharmacie de Pierre PELTIER, faite par le biais d'un questionnaire, relève que parmi les raisons motivants le ramadan, il y a l'habitude de cette pratique, l'importance liée au jeûne (sans précisions) et le fait de ne pas se sentir malade.(73)

De plus, une dispense existe sur le plan religieux. Les règles concernant la dispense du Ramadan sont indiquées dans le Coran : La Sourate II, verset 184 précise : *« Mais pour ceux qui ne pourraient le supporter qu'avec grande difficulté, il y a une compensation : nourrir un pauvre »*. Autrement dit, toute personne malade ou pauvre en est exemptée. Un *hadith* (définition = recueil des actes et des paroles du prophète Muhammad) précise : *« Dieu a exempté de jeûne et de la moitié de la prière le voyageur et a exempté de jeûne la femme en période de grossesse et d'allaitement. »* La religion n'interdit pas, mais elle dispense. L'observation du Ramadan pourrait être expliquée par une peur de l'exclusion sociale. On peut imaginer que certains ne se considèrent pas « malade » d'où la pratique du jeûne malgré le diagnostic de DT2 posé. La problématique du jeûne, dans le cadre du diabète de type 2, se pose aussi avec les patients de toutes les autres religions. Ces résultats montrent l'intérêt à porter au suivi, en particulier lors du mois de ramadan. Un dispositif d'ETP spécifique au Maghreb et au diabète, abordant notamment la notion du ramadan et des traitements, a été testé avec des résultats positifs concernant la satisfaction des patients(74).

L'incompréhension, le déni, et le tabou autour de la maladie, sont communs à plusieurs travaux, y compris ceux concernant les diabétiques de diverses origines. Ces sentiments sont d'autant plus présents que la maladie est asymptomatique(23)(28)(52). **Certaines de ces études retrouvent, comme ici, une notion de maladie « familiale » (notion d'hérédité), avec de nombreux apparentés touchés.**

CONCLUSION

CONCLUSION :

Ce travail de recherche avait pour objectif d'explorer le ressenti des médecins, et des patients maghrébins de 1^{ere} et 2^{eme} génération atteints de diabète de type 2, autour des consultations sur le régime diététique.

Médecins généralistes et patients d'origine maghrébine ont globalement du mal à se rejoindre sur les messages de diététique diabétique. Pas assez d'informations échangées sur ce que mangent en vrai les patients et une utilisation trop importante des représentations d'attribution culturelle. Entre autres une représentation alimentaire axée sur le couscous, les tajines et les gâteaux orientaux qui souvent sont en réalité des repas de fête. L'origine maghrébine du médecin ne modifie pas ces difficultés. Il ne faut toutefois pas méconnaître le contexte de santé publique mondiale qui n'a pas de frontière géographique et qui se traduit par une pandémie de malnutrition (décrite et suivie par l'OMS) avec une généralisation des plats trop riches en lipides, en sucres raffinés et en sels.

Par ailleurs, la prise en charge diététique du diabète comporte plusieurs difficultés pour le médecin, le diabète pendant le Ramadan et des patients parfois allophones. L'approche transculturelle fonctionne lorsque le médecin interroge ses patients sur leur mode de vie réel et en découvrant ce qu'ils gardent, ce qu'ils laissent, ce qu'ils reprennent des cultures d'origine et du pays d'accueil, dans un processus dynamique.

Pour les patients il s'agit souvent d'un « diabète de choc ». Il semble important de tenir compte de cette dimension et de l'intégrer dans l'écoute du patient, si on veut renforcer le lien médecin-patient. Il émerge aussi une notion de diabète grave liée à l'introduction d'insuline et le « petit diabète » non traité par insuline avec lequel les patients ne se sentent pas vraiment « malade ». En ce qui concerne le Ramadan, on a affaire à une contradiction qui oppose un évènement familial à une maladie qui peut isoler le patient, ce qui complexifie la dispense du jeûne qui existe à la fois sur le plan scientifique et sur le plan religieux.

Afin de renforcer l'alliance thérapeutique, il y aurait une piste à inviter le patient à faire part de ses représentations au sujet du diabète de type 2, ainsi que de délivrer davantage d'explications biomédicales. Un autre élément intéressant serait d'intégrer l'évaluation du stress lié au diabète aux consultations, d'une part afin de permettre au médecin d'avoir un outil objectif à sa disposition, et d'autre part pour ne pas méconnaître des freins à une prise en charge diététique optimale.

Il serait intéressant d'établir des recommandations diététiques intégrant les spécificités alimentaires, ce qui pourrait peut-être éviter que certaines erreurs soient faites lors de la confection des repas. Afin d'améliorer la prise en charge, il serait intéressant de diffuser en France, des mesures d'ETP intégrant la transculturalité. Ce dispositif a été mis à l'essai, avec des résultats positifs et une bonne satisfaction des patients. La médecine transculturelle semble être une des solutions à ces problématiques. Il pourrait être intéressant d'intégrer la transculturalité aux enseignements universitaires. Une des pistes pendant le jeûne, serait d'établir des recommandations HAS s'appuyant sur les guidelines existantes. Rappeler les règles diététiques avant le départ en vacances peut être intéressant.

A l'issu de ce travail on peut se demander si la prise d'ADO ou d'insuline conditionne chez le malade la pratique du Ramadan puisque les patients sous ADO auraient le sentiment de souffrir d'un diabète moins grave.

Références bibliographiques :

1. WHO. Definition and diagnosis of diabetes mellitus and intermediate hyperglycémie. Genève; [Internet] 2006. Disponible sur : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43588/9241594934_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
2. Gouvernement français. Diabète soins et maladies. 2022 [Internet] [consulté le 2 février 2023]. Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/article/diabete>
3. Véronique D, Annie N, Lubna AA. Tableau de bord des affections de longue durée (ALD) en 2020 Prévalence au 31/12/2020 et Incidence en 2020 [Internet]. paris; 2022. Disponible sur : <https://statistiques.msa.fr/wp-content/uploads/2021/11/TB-ALD-2020.pdf>
4. Fagot-campagna A, FOSS S. Prévalence du diabète*, état de santé et recours aux soins des personnes diabétiques originaires d'un pays du Maghreb et résidant en France métropolitaine. paris; 2012.
5. Guelzim Y. Diabète: Les femmes maghrébines plus touchées que les femmes françaises. Le Courr l'Atlas [Internet]. 2021;1. Disponible sur : <https://www.lecourrierdelatlas.com/diabete-les-femmes-maghrébines-plus-touchees-que-les-francaises/>
6. Mirabi MA. Diabète: un inquiétant tableau de bord. L'Economiste [Internet]. 2016;4746:27–8. Disponible sur : <https://www.leconomiste.com/article/996214-diabete-un-inquietant-tableau-de-bord>
7. Belhadj M, Lhassani H, Khochtali I. Prise en charge du diabète de type 2 dans les pays du Maghreb: état des lieux. Médecine des Mal métaboliques. 2019;13:4–7.
8. INSEE. L'essentiel sur...les immigrés et les étrangers [Internet]. 2022 [Consulté le 3 février 2023]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3633212>
9. Dris EY, Yvan G, Naïma Y. Générations, un siècle d'histoire culturelle des Maghrébins en France. Gallimard. paris; 2009. 352 p.
10. Insee. Immigrés (descendant d') [Internet]. Définitions, méthodes et qualité. 2023 [consulté le 11 août 2023]. p. 1. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1676>
11. Tribalat M. CONVENTIONS NÉCESSAIRES AU DÉNOMBREMENT DES POPULATIONS D'ORIGINE ÉTRANGÈRE [Internet]. 2022 [consulté le 28 août 2023]. Disponible sur : <https://micheletribalat.fr/435108953/453126773>
12. De Saint Pol T. Les évolutions de l'alimentation et de sa sociologie au regard des inégalités sociales. L'Année Sociol [Internet]. 20 avril 2017;Vol. 67(1):11–22. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-l-annee-sociologique-2017-1-page-11.htm?ref=doi>

13. Riou J, Lefèvre T, Parizot I, Lhuissier A, Chauvin P. Is There Still a French Eating Model? A Taxonomy of Eating Behaviors in Adults Living in the Paris Metropolitan Area in 2010. Matsunami H, editor. PLoS One [Internet]. 2015 Mar 3;10(3):e0119161. Disponible sur : <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0119161>
14. Buron M-L, Kranklader É, Ribeira J. Le budget des familles en 2011 Analyse et commentaire des principaux résultats de l'enquête « Budget de famille » de 2011. [Internet]. paris; 2014. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2835605?sommaire=2015691>
15. Fumey G. La mondialisation de l'alimentation. Inf Geogr [Internet]. 2007 Jul 1;Vol. 71(2):71–82. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-l-information-geographique-2007-2-page-71.htm?ref=doi>
16. Poulain J-P. Chapitre 17. Affirmation des particularismes individuels et évolution des modèles alimentaires. Dans: Les alimentations particulières [Internet]. Odile Jacob; 2013. p. 247–59. Disponible sur : <https://www.cairn.info/les-alimentations-particulieres-2013--9782738128706-page-247.htm?ref=doi>
17. S.B. Les 10 plats maghrébins les plus populaires au monde. Destin med [Internet]. 2022; Disponible sur : <https://destinationsmed.com/cuisine-voici-les-10plats-maghrebins-les-plus-populaires-au-monde/>
18. Ministère de la santé. programme national nutrition santé [Internet]. paris; Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/pnns4_2019-2023.pdf
19. Santé publique France. Les recommandations sur l'alimentation, l'activité physique et la sédentarité [Internet]. Manger Bouger. 2023 [consulté le 3 février 2023]. Disponible sur : <https://www.mangerbouger.fr/l-essentiel/les-recommandations-sur-l-alimentation-l-activite-physique-et-la-sedentarite>
20. Haute école Léonard de Vinci, Food in action. La Pyramide Alimentaire 2020: plus équilibrée et plus durable [Internet]. paris; 2020. Disponible sur : <https://www.foodinaction.com/pyramide-alimentaire-2020-equilibree-durable/>
21. Société francophone du diabète. Diabète de type 2 de l'adulte nutrition - alimentation - Comportement alimentaire - éducation thérapeutique - Evaluation des pratiques. Médecine des Mal métaboliques [Internet]. 2014;8(1):23–54. Disponible sur : https://www.sfdiabete.org/sites/www.sfdiabete.org/files/files/ressources/referentiel_mars2014.pdf
22. Bouznah S, Lewertowski C. Quand les esprits viennent aux médecins. 7 récits pour soigner. 2021st ed. Editions in press, editor. 2021. 17-22–58 p.
23. Murera-Umuhire L. difficultés de la prise en charge en médecine générale des patients diabétiques de type 2 originaires d'Afrique du Nord. Etude qualitative par focus groups auprès des médecins généralistes de la ville du Havre. Rouen; 2018.

24. ZOUGUAR Younes. Les patients diabétiques issus de l'immigration des pays arabo-musulmans (Maghreb) suivent-ils un régime alimentaire adapté à leur pathologie ? Lorraine; 2018.
25. Peze V, Lumediluna M, Thill J, Sarde E, Dany L, Peze V, et al. Représentations et vécus associés au diabète et à l' éducation thérapeutique : une étude qualitative To cite this version : HAL Id : hal-01648417. 2017;
26. LEBON C, PLENECASSAGNES Laure. Les freins au changement des habitudes alimentaires dans le cadre du diabète de type 2. Toulouse; 2016.
27. Savall A. Le diabète à l'épreuve du domestique : le quotidien autour de l'alimentation de femmes maghrébines immigrées à Montpellier. Sci Soc Sante [Internet]. 2016 Mar;35(1):5–30. Disponible sur : <http://www.john-libbey-eurotext.fr/medline.md?doi=10.1684/sss.2017.0101>
28. MASSAOUDI I. Influence des facteurs socio-culturels dans la prise en charge d'un patient immigré maghrébin de première génération, atteint de diabète de type 2 (étude qualitative). Lyon; 2018.
29. Lebeau J-P, Aubin-auger I, Cardwallader J-S, Gilles de la londe J. Préciser la méthode. In: Initiation à la recherche qualitative en santé Le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire. GMSanté. Jouve, Mayenne; 2021. p. 152–3.
30. Lebeau J-P, Aubin-auger I, Cardwallader J-S, Gilles de la londe J. Proposer un modèle explicatif. In: Initiation à la recherche qualitative en santé Le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire. GMSanté. Jouve, Mayenne; 2021. p. 118–21.
31. Lebeau J-P, Aubin-auger I, Cardwallader J-S, Gilles de la londe J. Les participants. In: Initiation à la recherche qualitative en santé Le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire. GMSanté. Jouve, Mayenne; 2021. p. 66.
32. Lebeau J-P, Aubin-auger I, Cardwallader J-S, Gilles de la londe J. La scientificité. In: Initiation à la recherche qualitative en santé Le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire. GMSanté. Jouve, Mayenne; 2021.
33. Grimaldie A. Relation médecin–malade au cours de la maladie chronique. EMC - Trait Médecine Akos. 2019;14(3):1–6.
34. Mousquès J, Yann B, Philippe LF, Engin Y. ASALEE (ACTION DE SANTE LIBÉRALE EN EQUIPE) [Internet]. paris; 2010. Report No.: 208. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-04/symphas-bmj_po208.pdf
35. ONISEP. Assistant médical [Internet]. onisep. 2023 [Consulté le 29 octobre 2023]. p. 1. Disponible sur : <https://www.onisep.fr/ressources/Univers-Metier/Metiers/assistant-medical-assistante-medical>
36. Attali C, Mazabrard P. Du médecin savant au médecin compétent. Une analyse des limites du modèle paternaliste en médecine générale. Sci Soc Sante [Internet]. 2015 Dec;33(4):67–72. Disponible sur : <http://www.john-libbey-eurotext.fr/medline.md?doi=10.1684/sss.2015.0404>

37. Lalande A. Savoirs « profanes » et savoirs « savants » : jeux de miroir dans le cabinet médical. *Nouv Rev psychosociologie* [Internet]. 2016 Apr 22;N° 21(1):75–84. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-nouvelle-revue-de-psychosociologie-2016-1-page-75.htm?ref=doi>
38. Conseil national de l'ordre des médecins. Article 7 - Non discrimination [Internet]. code de déontologie. 2023. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/devoirs-generaux-medecins-art-2-31/article-7-discrimination#:~:text=La pratique médicale doit être,ils soient victimes ou auteurs.>
39. Conseil national de l'ordre des médecins. Article 40 - Risque injustifié [Internet]. code de déontologie. 2023 [Consulté le 30 octobre 2023]. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/devoirs-patients-art-32-55/article-40-risque-injustifie>
40. HARDY A-C. 1. Du colloque singulier à l'éthique médical. Dans: Travailler à guérir *Sociologie de l'objet du travail médical* [Internet]. Presses de. Rennes; 2013. p. 23–45. Disponible sur : <https://www.cairn.info/travailler-a-querir--9782810901111-page-23.htm>
41. Vacarie I, Allouache A, Ginon A-S, Leclerc O, Sachs T. Une médecine "responsable". [Internet]. *Litec-Lexi*. 2011. 509–522 p. Disponible sur : <https://shs.hal.science/halshs-00625581>
42. Kohn L, Christiaens W. Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. *Reflets Perspect la vie économique* [Internet]. 24 juin 2015;Tome LIII(4):67–82. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-reflets-et-perspectives-de-la-vie-economique-2014-4-page-67.htm?ref=doi>
43. Butori R, Parguel B. Les biais de réponse-Impact du mode de collecte des données et de l'attractivité de l'enquêteur [Internet]. France; 2012. Disponible sur : <https://shs.hal.science/halshs-00636228/document>
44. Coron C. Outil 11. Le questionnaire : les biais. In: *La boîte à outils de l'analyse de données en entreprise* [Internet]. Dunod. 2020. p. 38–41. Disponible sur : <https://www.cairn.info/la-boite-a-outils-de-l-analyse-de-donnees--9782100808557-page-38.htm>
45. Dany L. Analyse qualitative du contenu des représentations sociales [Internet]. Marseille; 2016. Disponible sur : <https://amu.hal.science/hal-01648424/document>
46. HAS. Synthèse, Guide Parcours De Soins Diabète De Type 2 De L'Adulte. Haute Autorité de Santé [Internet]. 2014;21. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-04/synthese_guide_pds_diabete_t_2_web.pdf

47. Azambourg S. Alimentation du patient diabétique de type 2 : comment l'aborder en médecine générale ? Étude qualitative auprès de médecins généralistes de Seine-Maritime : HAL Id : dumas-01300097 Alimentation du patient diabétique de type 2 : Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Rouen; 2015.
48. Teyssier J, El Sayed V, Denoux P. Comment évaluer la sensibilité interculturelle ? L'Autre [Internet]. 2019 Sep 12;Volume 20(2):211–4. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-l-autre-2019-2-page-211.htm?ref=doi>
49. Maunier Rossi M. L'échelle de Milton Bennett [Internet]. Sociologie, Culture, Rencontre, Différence. 2014 [Consulté le 5 novembre 2023]. p. 1. Disponible sur : <https://matthieumaunierrossi.mystrikingly.com/blog/l-echelle-de-milton-bennett>
50. CAHU M. Quel est le vécu des enfants entendants de parents Sourds lorsqu'ils accompagnent ses parents en consultation ? Paris; 2023.
51. Godelier M. Maladie et santé selon les sociétés et les cultures. Dans : Maladie et santé selon les sociétés et les cultures [Internet]. Presses Universitaires de France; 2011. p. 11. Disponible sur : <http://www.cairn.info/maladie-et-sante-selon-les-societes-et-les-culture--9782130577256-page-11.htm>
52. Tarrou M. EXPERIENCE VECUE ET IMPLICATION DES PATIENTS DIABETIQUES TYPE 2 DANS LA GESTION DE LEUR MALADIE : ETUDE QUALITATIVE PAR ANALYSE THEMATIQUE EN CABINET DE MEDECINE GENERALE. UNIVERSITE DE MONTPELLIER FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES; 2017.
53. Méjean C. Influence des facteurs socio-économiques, de l'alimentation et des modes de vie sur les maladies non transmissibles liées à l'alimentation chez les immigrés tunisiens vivant en Languedoc-Roussillon. 2008; Disponible sur : <http://www.theses.fr/2008PA066075>
54. Darmon N, Khat M. An overview of the health status of migrants in France, in relation to their dietary practices. Public Health Nutr [Internet]. 2001 Apr;4(2):163–72. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11299088>
55. Pareau Z. Particularités de la prise en charge des patients diabétiques de type II d'origine maghrébine en Médecine Générale Etude qualitative des représentations et apports de l'interprétariat en contexte interculturel [Internet]. Université de Lorraine; 2010. Disponible sur : http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED_T_2010_KHELIFI_PAREAU_ZAKIA.pdf
56. Sajié H. Le patient maghrébin et le médecin généraliste français [Internet]. Université de Lorraine; 2014. Disponible sur : <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01770703v1>
57. Jegou M, Touati S, Vergan S, Didier T, Gentile S, Gentile G. Représentations et expériences des soins premiers chez les migrants bénéficiaires de l'aide médicale de l'État. exercer. 2019;154:244–9.

58. Chawla N, Arora NK. Why do some patients prefer to leave decisions up to the doctor: lack of self-efficacy or a matter of trust? J Cancer Surviv [Internet]. 2013 Dec 27;7(4):592–601. Disponible sur : <http://link.springer.com/10.1007/s11764-013-0298-2>
59. Mélior S. Évaluation de la position des patients vis-à-vis de la décision médicale partagée selon le contexte clinique : résultats d'une étude transversale multicentrique réalisée auprès de 175 usagers de médecine générale. Rouen; 2016.
60. Mon Wen Pin A, Néri N, Le Floch J-P, Marleix D, Lévy M. P75 - Les séjours des diabétiques de type 2 d'origine maghrébine dans leur pays d'origine sont-ils responsables d'un déséquilibre glycémique ? Analyse et déterminants. Diabetes Metab [Internet]. 2011 Mar;37(1):A52–3. Disponible sur : <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1262363611707017>
61. Edin C, Marais P, Moulevrier P, Huez J-F, Fanello S. Médecine générale et ramadan. Enquête qualitative auprès de médecins généralistes. Prat Organ des Soins [Internet]. 1er juin 2011;Vol. 42(2):89–99. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-pratiques-et-organisation-des-soins-2011-2-page-89.htm?ref=doi>
62. Hassanein M, Afandi B, Yakoob Ahmedani M, Mohammad Alamoudi R, Alawadi F, Bajaj HS, et al. Diabetes and Ramadan: Practical guidelines 2021. Diabetes Res Clin Pract [Internet]. 2022 Mar;185:109185. Disponible sur : <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0168822721005453>
63. Darmon P, Diabète S francophone du. Diabète et Ramadan: La fédération nationale du diabète propose de nouvelles recommandations. Le Quotid du médecin. 2016;9499:8.
64. Oulhadj F. Comment gérer mon alimentation pendant le Ramadan [Internet]. Fédération française des diabétiques. 2023 [Consulté le 13 novembre 2023]. Disponible sur : <https://www.federationdesdiabetiques.org/diabete/alimentation/ramadan>
65. OMS. Restez en bonne santé pendant le ramadan [Internet]. Maladies non transmissibles. 2022 [Consulté le 13 novembre 2023]. p. 1. Disponible sur : <https://www.emro.who.int/fr/noncommunicable-diseases/campaigns/stay-healthy-during-ramadan.html>
66. ARS Mayotte. Ramadan, quelques recommandations nutritionnelles pour rester en bonne santé ! [Internet]. Alimentation. 2023 [Consulté le 13 novembre 2023]. Disponible sur : <https://www.mayotte.ars.sante.fr/ramadan-quelques-recommandations-nutritionnelles-pour-rester-en-bonne-sante>
67. Lounici A, Hadi Bestaoui M. Diabète et Ramadan guide pratique du médecin. Konouz edi. Tlemcen; 2019. 8 p.
68. OTSMANE B. Thèse Belkacem OTSMANE. Tours; 2021.

69. GONZALEZ A, CASTANO O, GAULT M, HELMS C, MEJIA R, UMPIERREZ GE. Georgia Latino Diabetes Education Program (GLDEP): Overcoming Barriers in Diabetes Care. Atlanta; 2007. Report No.: 0865-P.
70. ABDELHAFFAR W, NCIBI W, FAKHFAKH R. Validation Transculturelle D'Un Questionnaire Evaluant Le Stress Lie Au Diabete En Arabe Dialectal Tunisien. *Exercer*. 2023;34(192):156–62.
71. Babineaux SM, Toaima D, Boye KS, Zagar A, Tahbaz A, Jabbar A, et al. Multi-country retrospective observational study of the management and outcomes of patients with Type 2 diabetes during Ramadan in 2010. *Diabet Med* [Internet]. 2015 Jun 10;32(6):819–28. Disponible sur : <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/dme.12685>
72. Salti I, Bénard E, Detournay B, Bianchi-Biscay M, Le Brigand C, Voinet C, et al. A Population-Based Study of Diabetes and Its Characteristics During the Fasting Month of Ramadan in 13 Countries. *Diabetes Care* [Internet]. 2004 Oct 1;27(10):2306–11. Disponible sur : <https://diabetesjournals.org/care/article/27/10/2306/23219/A-Population-Based-Study-of-Diabetes-and-Its>
73. Peltier P, Peltier P. Impact du jeûne lié au Ramadan chez les patients diabétiques : une étude dans l' agglomération rouennaise : HAL Id: dumas-03329816 diabétiques : une étude dans l' agglomération rouennaise. 2021;58.
74. Skalli S, Martin C, Parat S, Thivolet C, Rioufol C. P65 Séances d'éducation thérapeutique « Maghreb et Diabète », vers une optimisation de la démarche de soins. *Diabetes Metab* [Internet]. 2014 Mar;40:A45. Disponible sur : <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1262363614723596>

ANNEXES

ANNEXES

Annexe 1: FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT MEDECINS

N° d'identification du participant :

Titre du projet Analyse qualitative de l'élaboration des consignes alimentaires par les médecins généralistes aux patients maghrébins diabétiques et analyse du ressenti de ces patients à la restitution de ces messages d'éducation thérapeutiques

RECHERCHE QUALITATIVE auprès de (*indiquer la population de l'étude*)...médecins généralistes...

Introduction: *Le diabète est communément traité dans les thèses d'exercices, surtout du point de vue des médecins mais moins de celui des patients maghrébins. Une autre thèse utilisant un questionnaire aborde le régime appliqué par cette catégorie de patients maghrébins. Des études ont été faites sur le ressenti des patients diabétiques en général sans cibler de sous population. Très peu abordent de manière ouverte la perception des patients maghrébins en particulier. Le point de vue est souvent unilatéral et évoque les freins concernant le régime diététique. Notre travail de thèse s'attachera à explorer le point de vue et le ressenti du médecin et du patient.*

Les objectifs de ce projet sont d'explorer :

Enumérer les objectifs :

Comment le médecin généraliste élabore-t-il ses messages d'éducation thérapeutique concernant l'alimentation pour ses patients diabétiques d'origine maghrébine ?

Comment les patients diabétiques d'origine maghrébine perçoivent-ils les informations d'éducation thérapeutique venant de leur médecin traitant concernant l'alimentation ?

La finalité est...d'enrichir la relation de soins.

Réalisation de l'entretien :

Cet entretien sera réalisé par (*indiquer la personne ressource*) DAOUD Imane / AOUAGHI Ayoub suivant vos disponibilités, dans les locaux (*indiquer les locaux choisis*).....

Il durera de 30 à 90 minutes et sera enregistré de façon anonyme.

Qu'est ce qui se passe si je participe ?

Vous participerez à un entretien individuel où l'on vous posera des questions concernant *votre vécu/expérience/...des consultations de médecine générale abordant les règles diététiques auprès de patients diabétiques de type 2, d'origine maghrébine.*

Vous avez la possibilité de quitter l'étude à n'importe quel moment sans fournir d'explication.

Comment sera traitée l'information recueillie ?

Les enregistrements seront retranscrits mot à mot de façon anonyme et confidentielle.

Une fois transcrits, les enregistrements seront détruits. Les transcriptions seront gardées de façon sécurisée.

L'analyse des données sera réalisée par DAOUD Imane et par AOUAGHI Ayoub /en collaboration avec ...Docteur LAMARCHE-VADEL Yacine.....

Les résultats seront utilisés dans le cadre de la soutenance de la thèse de médecine générale à la faculté de médecine de Tours et peuvent éventuellement être publiés.

Merci de noter vos initiales dans chaque case :

1. Je confirme avoir lu et compris l'information ci-dessus et que j'ai eu la possibilité de poser des questions. ☐
2. Je comprends que la participation est entièrement basée sur le volontariat et que je suis libre de changer d'avis à n'importe quel moment. Je comprends que ma participation est totalement volontaire et que je suis libre de sortir de l'étude à tout moment, sans avoir à fournir de raison. ☐
3. Je donne mon consentement à l'enregistrement et à la transcription mot à mot de cet entretien. ☐
4. Je donne mon consentement à l'utilisation éventuelle mais totalement anonyme de certaines citations de l'entretien dans une thèse ou dans une publication. ☐
5. Je suis d'accord pour participer à l'étude. ☐

Signature (participant)_____

Signature (investigateur)_____

Date_____

Date_____

Nom_____

Nom_____

Annexe 2: FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT PATIENTS

N° d'identification du participant :

Titre du projet Analyse qualitative de l'élaboration des consignes alimentaires par les médecins généralistes aux patients maghrébins diabétiques et analyse du ressenti de ces patients à la restitution de ces messages d'éducation thérapeutiques

RECHERCHE QUALITATIVE auprès de (indiquer la population de l'étude)...patients...

Introduction: *Le diabète est communément traité dans les thèses d'exercices, surtout du point de vue des médecins mais moins de celui des patients maghrébins. Une autre thèse utilisant un questionnaire aborde le régime appliqué par cette catégorie de patients maghrébins. Des études ont été faites sur le ressenti des patients diabétiques en général sans cibler de sous population. Très peu abordent de manière ouverte la perception des patients maghrébins en particulier. Le point de vue est souvent unilatéral et évoque les freins concernant le régime diététique. Notre travail de thèse s'attachera à explorer le point de vue et le ressenti du médecin et du patient.*

Les objectifs de ce projet sont d'explorer :

Enumérer les objectifs :

Comment le médecin généraliste élabore-t-il ses messages d'éducation thérapeutique concernant l'alimentation pour ses patients diabétiques d'origine maghrébine ?

Comment les patients diabétiques d'origine maghrébine perçoivent-ils les informations d'éducation thérapeutique venant de leur médecin traitant concernant l'alimentation ?

La finalité est...d'enrichir la relation de soins.

Réalisation de l'entretien :

Cet entretien sera réalisé par (*indiquer la personne ressource*) DAOUD Imane / AOUAGHI Ayoub suivant vos disponibilités, dans les locaux (*indiquer les locaux choisis*)

.....

Il durera de 30 à 90 minutes et sera enregistré de façon anonyme.

Qu'est ce qui se passe si je participe ?

Vous participerez à un entretien individuel où l'on vous posera des questions concernant *votre vécu/expérience/...des consultations de médecine générale abordant les règles diététiques auprès de patients diabétiques de type 2, d'origine maghrébine.*

Vous avez la possibilité de quitter l'étude à n'importe quel moment sans fournir d'explication.

Comment sera traitée l'information recueillie ?

Les enregistrements seront retranscrits mot à mot de façon anonyme et confidentielle.

Une fois transcrits, les enregistrements seront détruits. Les transcriptions seront gardées de façon sécurisée.

L'analyse des données sera réalisée par *DAOUD Imane et par AOUAGHI Ayoub /en collaboration avec Docteur LAMARCHE-VADEL Yacine (directeur de thèse).*

Les résultats seront utilisés dans le cadre de la soutenance de la thèse de médecine générale à la faculté de médecine de Tours et peuvent éventuellement être publiés.

Merci de noter vos initiales dans chaque case :

6. Je confirme avoir lu et compris l'information ci-dessus et que j'ai eu la possibilité de poser des questions.

☐

7. Je comprends que la participation est entièrement basée sur le volontariat et que je suis libre de changer d'avis à n'importe quel moment. Je comprends que ma participation est totalement volontaire et que je suis libre de sortir de l'étude à tout moment, sans avoir à fournir de raison.

☐

8. Je donne mon consentement à l'enregistrement et à la transcription mot à mot de cet entretien.

☐

9. Je donne mon consentement à l'utilisation éventuelle mais totalement anonyme de certaines citations de l'entretien dans une thèse ou dans une publication.

☐

10. Je suis d'accord pour participer à l'étude.

☐

Signature (participant)_____

Signature (investigateur)_____

Date_____

Date_____

Nom_____

Nom_____

Annexe 3 : Guide d'entretien médecins et patients

Sujet :

Analyse qualitative de l'élaboration des consignes alimentaires par les médecins généralistes aux patients maghrébins diabétiques et analyse du ressenti de ces patients à la restitution de ces messages d'éducation thérapeutiques.

Question ou objectif de recherche :

Comment le médecin généraliste élabore-t-il ses messages d'éducation thérapeutique concernant l'alimentation pour ses patients diabétiques d'origine maghrébine ?

- Pouvez-vous me parler de la délivrance des consignes d'éducation thérapeutique, concernant l'alimentation quand vous rencontrez des patients diabétiques maghrébins ?
- Quand vous discutez du régime alimentaire type, comment cela se passe-t-il ?
- Racontez-moi vos échanges au sujet de l'alimentation type des patients maghrébins...
 - Ce que ça vous évoque
 - L'impression que cela vous fait
 - Exemples de menus
 - Les aliments à éviter ou modérer
 - Que pensez-vous que vos patients maghrébins mangent au quotidien ?
 - Les échanges avec ces patients
 - Couscous, plats de fêtes, gâteaux aux miels
 - Thé à la menthe, le sucre
 - Ce qui est facile ?
 - Ce qui est dure ?
 - Comment vivez-vous ces entretiens ?
 - Les aliments sains
 - L'huile d'olive
 - Le pain
 - Les vacances au « bled »
 - Le ramadan

Aimeriez-vous ajouter quelque chose / Y a-t-il des choses que nous n'avons pas abordé au cours de l'entretien et dont vous aimeriez parler ? (Ajout du 10/05/23)

.

Comment les patients diabétiques d'origine maghrébine perçoivent-ils les informations d'éducation thérapeutique venant de leur médecin traitant concernant l'alimentation ?

- Qu'avez-vous retenu de l'entretien ?
- Ce qui est facile ?
- Ce qui est dure ?
- Ce que vous pensez avoir le droit de manger ?
- Que pensez-vous que le médecin attend de vous ?
- Ce qui va changer ?
- Ce qui ne va pas changer ?
- Le pain, la semoule
- Un repas modèle
- Les vacances au « bled »
- Qu'est-ce que ça vous évoque ?
- Quelle impression avez-vous ?
- Que pensez-vous aborder lors de la consultation avant d'y aller ?
- Pendant le ramadan, comment ça se passe ?
- Qu'attendez-vous de votre médecin / Qu'aimeriez-vous que votre médecin vous dise (ajout du 10/05/2023)

Annexe 4 : EXTRAIT DU JOURNAL DE BORD

NOVEMBRE 2021 à FEVRIER 2022 :

Avec Ayoub nous nous sommes sentis assez interpellé par le diabète très vite, alors lorsqu'à la faculté on nous a parlé de thèse, nous nous sommes vite mis d'accord sur cela. De plus, la volonté de faire une thèse à 2 nous permet d'aborder plus d'angles, il ne manquait plus qu'à se mettre d'accord sur lesquels.

Nous avons donc lu plusieurs thèses, aucune n'abordait notre sujet, les thèmes abordés étaient la plupart du temps l'alimentation chez les diabétiques en général, le point de vue des médecins sur la mise en application par les patients maghrébins des règles hygiéno-diététiques, le diabète et le ramadan. Le point commun de toutes ces thèses ce n'est qu'aucune n'aborde le sujet du point de vue des patients immigrés maghrébins.

- Un premier sujet nous est venu à l'esprit à l'issue de ces lectures :

Point de vue des immigrés du Maghreb diabétique de type 2 et des médecins traitants concernant l'application des règles hygiéno-diététique dans le département du Loiret.

Nous avons soumis l'idée courant février à Yacine qui a gentiment accepté de diriger notre thèse. (Vraiment merci du fond du cœur !). L'idée nous a paru évidente, car il a vraiment été une bonne rencontre en stage et nos échanges avec lui étaient toujours intéressants et constructifs. Il prépare d'ailleurs un DU de diabétologie ce qui nous a montré son intérêt pour le sujet. La cerise sur le gâteau est son intérêt pour la transculturalité, il nous a fait prendre conscience de cette notion que nous ne connaissions pas et qui pourtant fait l'objet d'ouvrages et de DU de médecine. Nous avons en commun, cette idée que la prise en charge du patient diabétique était particulièrement compliquée sans freins identifiés relevés pour aucun de nous.

[...]

NOVEMBRE 2022 :

Nous avons réalisé 2 entretiens patients. Nous pensions trouver des patients plutôt récalcitrants, mais finalement, dans leurs dires ils sont bons élèves. Les premiers échanges confirment l'utilisation d'huile d'olive et de pain quasi systématique, chose qui ne nous surprend pas. Mais les premiers profils sont déjà variés. Les personnes ne sont pas toutes obèses, au contraire certaines sont de corpulences normales ce qui nous éloigne du cliché de « la mama » en embonpoint.

Ce qui nous surprend en revanche c'est que dans les 2 premiers entretiens, les dames nous parlent de leur interprétation de la maladie. Pour elles les causes sont précises mais n'ont pas forcément un lien avec la nourriture. Nous avons été surpris car nous n'avons pas amené la question.

[...]

**Avis favorable de la Commission des thèses
du Département de Médecine générale
en date du 19/05/2022**



Le Directeur de Thèse

**Vu le Doyen
de la Faculté de Médecine de Tours**

DAOUD Imane et AOUAGHI Ayoub

134 Pages – 2 Tableaux – 4 figures

Résumé

Contexte : L'approche clinique transculturelle est un enjeu en médecine générale, particulièrement dans le cadre du diabète de type 2. Peu de données existent concernant la sous-population maghrébine. Les études sur le régime prodigué concernent souvent les difficultés d'un point de vue des médecins, le recueil de la perception de cette patientèle est quasi inexistant. C'est pourquoi notre travail s'attachera à recueillir le ressenti des médecins concernant l'élaboration de ces messages et celui des patients concernant leur restitution.

Objectif : Comment les médecins généralistes élaborent-ils leurs messages d'éducation thérapeutique concernant l'alimentation pour des patients diabétiques d'origine maghrébine ? Comment les patients diabétiques d'origine maghrébine perçoivent-ils les informations d'éducation thérapeutique venant de leur médecin traitant concernant l'alimentation ?

Méthode : Etude qualitative menée par entretiens individuels semi-dirigés chez 9 médecins généralistes de la région Centre Val de Loire ainsi que de la Charente- Maritime (17) et 9 patients diabétiques d'origine maghrébine. Traitement des données par analyse phénoménologique interprétative.

Résultats : Les médecins rapportent qu'ils ont les mêmes messages pour tous leurs patients mais le constat est qu'ils travaillent avec des représentations dont ils sont parfois critiques. Ils perçoivent le régime de leurs patients diabétiques maghrébins essentiellement composé de couscous, de pâtisseries et de thé très sucré. Le Ramadan et le retour au pays sont des sujets perçus comme très problématiques pour l'équilibre du diabète mais en fait dont ils n'osent pas parler avec leurs patients. L'élaboration de messages diététiques pour des patients diabétiques d'origine maghrébine va du péremptoire à tout changer jusqu'à une recherche-découverte de leurs habitudes alimentaires et de ce qui est possible et acceptable pour maintenir une relation de confiance. La barrière linguistique, les interprètes familiaux sont des difficultés majeures à la délivrance des messages d'éducation thérapeutique.

Les patients interviewés se sentent souvent incompris, ils ont du mal à s'approprier les consignes prescrites, trop théoriques ou qui mettent l'accent sur des plats de fêtes (gâteaux au miel, thé sucré, couscous) alors que la plupart d'entre eux ont une double culture alimentaire. Ils insistent sur la confiance portée à leur médecin mais déplore le manque de questions concernant les souffrances qu'ils pensent être en partie à l'origine de leur diabète, que certains appellent « diabète de choc ». Les retours au pays sont des moments où « Tout va bien ».

Discussion : Médecins généralistes et patients d'origine maghrébine ont globalement du mal à se rejoindre sur les messages de diététique diabétique. Pas assez d'informations échangées sur ce que mangent en vrai les patients et une utilisation trop importante des représentations d'attribution culturelles. L'origine maghrébine du médecin ne modifie pas ces difficultés. L'approche transculturelle fonctionne lorsque le médecin interroge ses patients sur leur mode de vie réel et en découvrant ce qu'ils gardent, ce qu'ils laissent, ce qu'ils reprennent des cultures d'origine et du pays d'accueil, dans un processus dynamique.

Mots clés : diabète de type 2 ; médecins généralistes ; patientèle maghrébine ; Maghreb ; régime diététique ; éducation thérapeutique ; médecine transculturelle

Jury :

Président du Jury : Professeur Clarisse DIBAO-DINA,

Membres du Jury :

Docteur Christophe RUIZ, Médecine générale, MCA, Faculté de médecine – Tours

Docteur Marie LEBLEU, Médecine générale, CCA, Faculté de médecine – Tours

Docteur Régis PIQUEMAL, Diabétologie, PH, CH-Blois

Directeur de thèse : Docteur Yacine LAMARCHE-VADEL

Date de soutenance : 21 décembre 2023